

BAB II

KAJIAN KASUS DAN TEORI

A. Kajian Kasus

1. Asuhan Kehamilan

Ny. T usia 30 tahun, pendidikan terakhir SMA, bekerja sebagai ibu rumah tangga. Suami Ny. T yaitu Tn. A berusia 32 tahun, pendidikan terakhir SMA, bekerja sebagai karyawan swasta. Ny. T dan suami tinggal di Dusun Bungas, Sumberagung, Jetis, Kabupaten Bantul. Berdasarkan riwayat menstruasi, ibu mengatakan siklus menstruasi teratur 28 hari, lama menstruasi 6–7 hari, darah haid berwarna merah, tidak terdapat keputihan patologis serta tidak disertai nyeri haid berlebihan. Hari pertama haid terakhir (HPHT) Ny. T yaitu tanggal 15 Juni 2025 dan hari perkiraan lahir (HPL) tanggal 22 Maret 2026. Kehamilan ini merupakan kehamilan kedua dengan status obstetri G2P1A0.

Ny. T mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit menahun seperti hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, asma, epilepsi, penyakit ginjal, TBC, maupun penyakit menular seperti HIV/AIDS. Ny. T juga mengatakan tidak memiliki riwayat alergi obat maupun makanan. Pada riwayat kehamilan sebelumnya, Ny. T pernah melahirkan 1 kali dengan persalinan normal, bayi lahir hidup dan sehat. Ibu tidak memiliki riwayat abortus maupun komplikasi persalinan sebelumnya.

Pada kehamilan saat ini, Ny. T melakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin. Berdasarkan hasil pemeriksaan penunjang yang dilakukan selama masa kehamilan, Ny. T didiagnosis suspek plasenta letak rendah sehingga ibu termasuk dalam kategori kehamilan risiko tinggi dan memerlukan pemantauan lebih intensif. Ibu mengatakan selama hamil tidak pernah mengalami perdarahan pervaginam, tidak merasakan nyeri perut hebat, serta tidak mengalami tanda bahaya kehamilan lainnya. Ibu merasakan gerakan janin aktif setiap hari dan tidak ada keluhan penurunan gerakan janin.

Pola nutrisi Ny. T selama hamil yaitu makan 3 kali sehari dengan porsi cukup, terdiri dari nasi, lauk hewani maupun nabati, sayur dan buah. Ibu juga mengatakan minum air putih sekitar 6–8 gelas per hari. Pola eliminasi ibu normal, BAK sekitar 6–8 kali sehari dan BAB 1 kali sehari tanpa keluhan. Pola istirahat ibu tidur malam kurang lebih 7–8 jam dan tidur siang sekitar 1 jam. Pola aktivitas ibu melakukan pekerjaan rumah tangga ringan dan tetap melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri. Personal hygiene ibu baik, ibu mandi 2 kali sehari, mengganti pakaian bersih, serta menjaga kebersihan area genitalia. Ny. T mengatakan dukungan suami dan keluarga baik selama masa kehamilan, serta ibu merasa siap menghadapi persalinan meskipun sempat merasa cemas karena kondisi plasenta yang dicurigai letak rendah.

Asuhan kebidanan pada masa kehamilan dilakukan sebanyak 3 kali kunjungan. Kunjungan pertama dilakukan pada tanggal 03 Maret 2026 dengan usia kehamilan 37 minggu 2 hari. Pada kunjungan ini ibu datang untuk pemeriksaan kehamilan rutin tanpa keluhan utama. Setelah dilakukan pemeriksaan diperoleh hasil keadaan umum ibu baik, kesadaran compos mentis, tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 84 x/menit, pernapasan 20 x/menit, dan suhu 36,6°C. Pemeriksaan fisik menunjukkan konjungtiva tidak pucat, sklera tidak ikterik, tidak terdapat oedema pada wajah maupun ekstremitas. Pemeriksaan abdomen diperoleh TFU 32 cm, presentasi kepala, punggung janin teraba di sebelah kiri, bagian terbawah janin belum masuk PAP, serta denyut jantung janin (DJJ) 144 x/menit dengan irama teratur. Perkiraan berat janin sekitar 2.900 gram. Pemeriksaan penunjang menunjukkan kadar Hb dalam batas normal yaitu 12,2 g/dL, protein urine negatif dan gula urine negatif.

Setelah dilakukan pemeriksaan, bidan memberikan komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) kepada ibu mengenai kondisi kehamilan, pentingnya istirahat yang cukup, pemenuhan nutrisi seimbang, serta konsumsi tablet tambah darah sesuai anjuran. Selain itu, ibu diberikan edukasi terkait tanda bahaya kehamilan trimester III seperti perdarahan

pervaginam, nyeri perut hebat, pusing berat, pandangan kabur, gerakan janin berkurang, dan pembengkakan pada wajah atau tangan. Bidan juga menekankan bahwa dengan suspek plasenta letak rendah ibu perlu menghindari aktivitas berat serta segera memeriksakan diri apabila muncul perdarahan. Pada akhir kunjungan, ibu dianjurkan melakukan kunjungan ulang sesuai jadwal.

Kunjungan kedua dilakukan pada tanggal 10 Maret 2026 dengan usia kehamilan 38 minggu 2 hari. Pada kunjungan ini ibu mengatakan terkadang merasakan perut kencang terutama saat beraktivitas, namun belum teratur dan tidak disertai nyeri hebat. Ibu mengatakan gerakan janin masih aktif. Ibu tidak mengalami perdarahan pervaginam dan tidak ada keluhan pusing maupun nyeri kepala hebat. Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum ibu baik, kesadaran compos mentis, tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 86 x/menit, pernapasan 20 x/menit, dan suhu 36,7°C. Pemeriksaan fisik menunjukkan tidak ada oedema dan konjungtiva tidak pucat. Pemeriksaan abdomen diperoleh TFU 33 cm, presentasi kepala, punggung janin teraba di sebelah kiri, bagian terbawah janin belum masuk PAP, serta DJJ 146 x/menit dengan irama teratur. Perkiraan berat janin sekitar 3.000 gram. Pemeriksaan penunjang menunjukkan protein urine negatif dan gula urine negatif.

Pada kunjungan ini, bidan memberikan KIE mengenai persiapan persalinan serta menganjurkan ibu untuk membatasi aktivitas berat. Ibu diberikan edukasi untuk segera datang ke fasilitas kesehatan apabila muncul tanda bahaya seperti perdarahan pervaginam, nyeri perut hebat, ketuban pecah, atau gerakan janin berkurang. Bidan juga memberikan dukungan psikologis agar ibu lebih tenang menghadapi persalinan.

Kunjungan ketiga dilakukan pada tanggal 17 Maret 2026 dengan usia kehamilan 39 minggu 2 hari. Pada kunjungan ini ibu datang untuk kontrol kehamilan menjelang persalinan. Ibu mengatakan kadang merasakan kontraksi ringan namun tidak teratur. Ibu mengatakan gerakan janin aktif dan tidak terdapat keluhan perdarahan pervaginam. Hasil pemeriksaan

menunjukkan keadaan umum ibu baik, kesadaran *compos mentis*, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 88 x/menit, pernapasan 20 x/menit, dan suhu 36,6°C. Pemeriksaan fisik menunjukkan konjungtiva tidak pucat, tidak ada oedema pada ekstremitas. Pemeriksaan abdomen diperoleh TFU 34 cm, presentasi kepala, punggung janin teraba di sebelah kiri, bagian terbawah janin belum masuk PAP, DJJ 148 x/menit dengan irama teratur. Perkiraan berat janin sekitar 3.100 gram. Pemeriksaan penunjang menunjukkan kadar Hb 12,0 g/dL, protein urine negatif, dan gula urine negatif.

Pada kunjungan ini bidan memberikan KIE mengenai tanda-tanda persalinan seperti kontraksi teratur, pengeluaran lendir bercampur darah, dan pecahnya ketuban. Bidan juga memberikan konseling mengenai persiapan persalinan (P4K), termasuk rencana persalinan di fasilitas rujukan mengingat adanya suspek plasenta letak rendah, kesiapan transportasi, pendamping persalinan, serta persiapan biaya. Ibu dianjurkan segera datang ke rumah sakit apabila terdapat tanda persalinan atau keluhan perdarahan karena berisiko terjadi komplikasi pada plasenta letak rendah.

Berdasarkan hasil pemantauan selama masa kehamilan, kondisi ibu dan janin dalam batas normal dengan tanda vital stabil, tidak ditemukan anemia maupun tanda preeklampsia. Janin tunggal hidup intrauterin dengan presentasi kepala serta DJJ normal. Namun demikian, kehamilan Ny. T dikategorikan sebagai kehamilan risiko tinggi karena adanya suspek plasenta letak rendah sehingga memerlukan pemantauan ketat serta persalinan yang direncanakan di rumah sakit rujukan guna mencegah terjadinya komplikasi yang dapat membahayakan ibu maupun janin.

2. Asuhan Persalinan

Asuhan kebidanan persalinan pada Ny. T usia 30 tahun G2P1A0 dilakukan pada tanggal 24 Maret 2026 di RS PKU Bantul. Proses pendampingan asuhan persalinan dilakukan melalui komunikasi jarak jauh menggunakan aplikasi WhatsApp (WA), dikarenakan keterbatasan akses mahasiswa untuk mendampingi langsung di ruang bersalin. Meskipun

demikian, pemantauan dilakukan secara berkesinambungan dengan tetap memperhatikan kondisi ibu dan janin berdasarkan informasi yang diperoleh dari ibu maupun keluarga, serta hasil pemeriksaan tenaga kesehatan di rumah sakit.

Berdasarkan hasil anamnesis melalui pesan WhatsApp, Ny. T mengatakan pada tanggal 24 Maret 2026 ibu mengalami pengeluaran cairan dari jalan lahir secara tiba-tiba, terus-menerus, dan tidak dapat ditahan. Cairan yang keluar berwarna jernih dan tidak berbau. Ibu juga mengeluhkan adanya rasa mulas ringan namun belum teratur. Ibu merasa cemas karena mengetahui adanya riwayat suspek plasenta letak rendah pada kehamilannya. Gerakan janin masih dirasakan aktif. Ibu tidak mengeluhkan perdarahan pervaginam.

Berdasarkan kondisi tersebut, ibu segera dibawa oleh keluarga ke RS PKU Bantul untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut. Setelah ibu tiba di rumah sakit, dilakukan pemeriksaan oleh tenaga kesehatan. Berdasarkan informasi yang disampaikan ibu melalui WhatsApp, didapatkan hasil bahwa ketuban sudah pecah sebelum persalinan dimulai, sehingga ibu didiagnosis mengalami Ketuban Pecah Dini (KPD). KPD merupakan kondisi pecahnya selaput ketuban sebelum timbul tanda-tanda persalinan, sehingga meningkatkan risiko terjadinya infeksi pada ibu dan janin serta dapat menyebabkan komplikasi persalinan apabila tidak ditangani dengan cepat dan tepat.

Berdasarkan hasil pemeriksaan awal di rumah sakit, kondisi umum ibu dalam keadaan baik, kesadaran compos mentis, tanda-tanda vital dalam batas normal. Pemeriksaan obstetri menunjukkan janin tunggal hidup intrauterin dengan denyut jantung janin dalam batas normal. Pemeriksaan dalam dilakukan oleh tenaga kesehatan untuk menilai kemajuan persalinan, dan ibu diinformasikan masih dalam fase laten sehingga belum terdapat pembukaan yang adekuat untuk proses persalinan normal.

Penatalaksanaan yang dilakukan di rumah sakit adalah pemantauan ketat terhadap kondisi ibu dan janin, serta dilakukan induksi persalinan

sebagai upaya mempercepat proses persalinan mengingat kondisi ketuban telah pecah. Induksi dilakukan dengan tujuan untuk merangsang kontraksi uterus sehingga persalinan dapat berlangsung secara pervaginam. Selama proses induksi, ibu terus dilakukan observasi terhadap frekuensi dan kekuatan kontraksi, denyut jantung janin, serta tanda-tanda infeksi seperti demam, nyeri tekan uterus, dan perubahan cairan ketuban.

Namun, berdasarkan informasi lanjutan yang diperoleh melalui WhatsApp, setelah dilakukan induksi selama beberapa jam, pembukaan serviks tidak menunjukkan kemajuan yang signifikan dan kontraksi uterus tidak adekuat. Kondisi ini menunjukkan adanya kegagalan induksi. Dalam situasi tersebut, tim medis melakukan evaluasi ulang dan mempertimbangkan tindakan persalinan operatif untuk mencegah komplikasi yang lebih berat, seperti infeksi intrauterin maupun gawat janin.

Dengan mempertimbangkan kondisi ibu yang mengalami KPD serta kegagalan induksi, maka diputuskan persalinan dilakukan dengan tindakan Sectio Caesarea (SC). Keputusan tersebut diambil sebagai langkah tepat untuk menjaga keselamatan ibu dan bayi. Ny. T kemudian dipersiapkan untuk tindakan operasi, termasuk pemasangan infus, pemeriksaan penunjang pre-operatif, serta pemberian informed consent kepada keluarga.

Berdasarkan informasi yang disampaikan ibu, tindakan sectio caesarea dilakukan pada hari Selasa, tanggal 24 Maret 2026. Bayi lahir pada pukul 13.00 WIB dengan jenis kelamin perempuan. Berat badan lahir bayi 3.000 gram dan panjang badan 46 cm. Bayi lahir dalam kondisi menangis kuat dan dilakukan penilaian awal oleh tenaga kesehatan. Setelah bayi lahir, dilakukan tindakan perawatan bayi baru lahir sesuai standar, termasuk pengeringan dan penghangatan bayi. Namun, berdasarkan keterangan ibu, Inisiasi Menyusui Dini (IMD) tidak dilakukan. Bayi selanjutnya dilakukan perawatan lebih lanjut sesuai protokol rumah sakit.

Setelah tindakan operasi selesai, ibu dilakukan pemantauan pasca operasi di ruang pemulihan. Berdasarkan komunikasi melalui WhatsApp, ibu mengatakan merasakan nyeri pada area luka operasi dan merasa lemas.

Ibu juga mengatakan masih terdapat rasa tidak nyaman pada perut akibat kontraksi involusi uterus. Namun secara umum ibu dalam kondisi stabil. Ibu mendapatkan terapi dari dokter berupa analgesik untuk mengurangi nyeri, antibiotik untuk mencegah infeksi, serta cairan intravena untuk menjaga keseimbangan cairan tubuh.

Selama proses persalinan hingga pasca operasi, penulis memberikan dukungan melalui pesan WhatsApp berupa motivasi dan edukasi kepada ibu serta keluarga. Edukasi yang diberikan meliputi pentingnya menjaga kebersihan area luka operasi, melakukan mobilisasi dini sesuai anjuran tenaga kesehatan, memenuhi kebutuhan nutrisi untuk mempercepat pemulihan, serta pentingnya pemberian ASI kepada bayi. Penulis juga mengingatkan keluarga untuk memperhatikan tanda bahaya pasca operasi seperti demam, perdarahan banyak, nyeri hebat, keluar cairan berbau dari luka operasi, serta tanda infeksi lainnya.

Dengan demikian, asuhan persalinan pada Ny. T berlangsung di RS PKU Bantul dengan komplikasi Ketuban Pecah Dini (KPD) dan induksi gagal, sehingga dilakukan tindakan sectio caesarea. Pemantauan dilakukan secara berkesinambungan melalui komunikasi WhatsApp sebagai bentuk pendampingan dan dukungan kepada ibu selama proses persalinan hingga pasca tindakan operasi.

3. Asuhan Bayi Baru Lahir

Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dilakukan pada bayi Ny. T yang lahir pada hari Selasa, tanggal 24 Maret 2026 pukul 13.00 WIB di RS PKU Bantul melalui persalinan Sectio Caesarea (SC). Bayi berjenis kelamin perempuan dengan berat badan lahir 3.000 gram dan panjang badan 46 cm. Berdasarkan informasi yang diperoleh dari ibu melalui komunikasi WhatsApp serta hasil pemeriksaan awal oleh tenaga kesehatan, bayi lahir dalam kondisi cukup bulan dan tidak ditemukan kelainan kongenital.

Berdasarkan hasil anamnesis, ibu mengatakan bayi lahir segera menangis kuat, warna kulit kemerahan, tonus otot baik, serta gerakan aktif.

Setelah lahir bayi langsung dilakukan pengeringan dan penghangatan untuk mencegah hipotermia. Bayi kemudian dilakukan pemotongan dan perawatan tali pusat sesuai prosedur. Ibu menyampaikan bahwa setelah bayi lahir, Inisiasi Menyusui Dini (IMD) tidak dilakukan karena ibu menjalani tindakan operasi, sehingga bayi tidak dapat segera diletakkan di dada ibu untuk proses menyusui dini. Namun demikian, bayi tetap mendapatkan perawatan sesuai standar dan setelah kondisi ibu stabil, ibu mulai diberikan kesempatan untuk menyusui bayinya.

Berdasarkan hasil pemeriksaan fisik bayi baru lahir yang dilakukan oleh tenaga kesehatan, bayi berada dalam kondisi normal. Pemeriksaan dilakukan pada jam-jam awal kehidupan bayi, dengan hasil keadaan umum bayi baik, menangis kuat, tidak tampak sesak napas, serta refleks bayi baik. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital bayi menunjukkan suhu tubuh $36,7^{\circ}\text{C}$, denyut jantung 132 kali/menit, dan frekuensi napas 42 kali/menit, yang seluruhnya berada dalam batas normal.

Hasil pemeriksaan antropometri menunjukkan berat badan bayi 3.000 gram, panjang badan 46 cm, lingkar kepala 33 cm, dan lingkar dada 32 cm. Pemeriksaan fisik secara head to toe menunjukkan kepala simetris, ubun-ubun besar datar, tidak terdapat caput succedaneum maupun cephalhematoma. Mata tampak bersih, konjungtiva tidak pucat, sklera tidak ikterik, serta tidak terdapat sekret. Hidung bersih dan tidak ada tanda tarikan napas. Mulut bersih, refleks menghisap baik, tidak terdapat celah bibir maupun langit-langit. Telinga simetris, leher tidak terdapat pembesaran kelenjar maupun kelainan.

Pemeriksaan dada menunjukkan pernapasan teratur, tidak terdapat retraksi dinding dada, tidak terdengar suara napas tambahan, serta bunyi jantung teratur. Abdomen tampak normal, perut tidak kembung, tali pusat terikat dengan baik, tidak terdapat perdarahan tali pusat, dan tidak ada tanda infeksi. Pemeriksaan genetalia menunjukkan bayi perempuan dengan labia mayora dan minora lengkap, lubang uretra dan vagina tampak normal. Anus berlubang dan tidak terdapat kelainan. Pemeriksaan ekstremitas

menunjukkan tangan dan kaki lengkap, jari-jari lengkap, gerakan aktif dan simetris, serta tidak terdapat kelainan bentuk. Refleks fisiologis bayi seperti refleks menghisap, refleks moro, refleks menggenggam, dan refleks rooting tampak baik.

Berdasarkan informasi ibu, bayi telah mendapatkan tindakan pencegahan perdarahan berupa injeksi vitamin K1 1 mg secara intramuskular, serta pemberian salep mata antibiotik untuk mencegah infeksi mata pada bayi baru lahir. Selain itu, bayi juga mendapatkan imunisasi Hepatitis B (HB-0) sesuai jadwal pelayanan neonatal. Bayi dilakukan observasi selama masa awal kehidupan, kemudian dilakukan rawat gabung bersama ibu setelah kondisi ibu pasca operasi stabil.

Ibu mengatakan bayi telah BAK dalam 24 jam pertama dengan warna urin kuning jernih, dan bayi juga telah mengeluarkan mekonium. Bayi tampak menyusu secara bertahap setelah ibu mulai pulih, meskipun pada awalnya ibu mengalami keterbatasan mobilisasi karena luka operasi. Bayi tetap dipantau secara rutin oleh tenaga kesehatan dan keluarga untuk memastikan kondisi bayi stabil.

Berdasarkan hasil pemantauan tersebut dapat disimpulkan bahwa bayi baru lahir Ny. T dalam keadaan normal, bayi cukup bulan, tidak ditemukan kelainan bawaan, tanda-tanda vital stabil, refleks bayi baik, serta bayi mampu beradaptasi dengan lingkungan luar rahim secara fisiologis. Selanjutnya bayi diberikan pemantauan neonatus secara berkesinambungan untuk memastikan pertumbuhan dan perkembangan bayi tetap optimal serta mencegah terjadinya komplikasi neonatal. Asuhan Masa Nifas

Asuhan kebidanan masa nifas pada Ny. T usia 30 tahun dengan status obstetri G2P2A0 dilakukan setelah ibu menjalani persalinan melalui tindakan Sectio Caesarea (SC) di RS PKU Bantul pada tanggal 24 Maret 2026. Masa nifas merupakan masa pemulihan setelah persalinan yang berlangsung selama kurang lebih 6 minggu, ditandai dengan proses involusi uterus, pengeluaran lochea, adaptasi fisiologis dan psikologis ibu, serta

proses laktasi. Pada ibu post SC, pemantauan masa nifas perlu dilakukan secara lebih intensif karena terdapat risiko komplikasi seperti perdarahan, infeksi, gangguan involusi uterus, serta masalah pada luka operasi. Oleh karena itu, asuhan nifas pada Ny. T dilakukan secara berkesinambungan melalui kunjungan rumah sesuai jadwal kunjungan nifas yaitu KF2 dan KF3.

Kunjungan nifas pertama dilakukan pada hari Sabtu, tanggal 28 Maret 2026, yaitu pada masa nifas hari ke-4 postpartum dan termasuk dalam kunjungan KF2. Pada saat kunjungan rumah, berdasarkan hasil anamnesis, Ny. T mengatakan kondisi tubuhnya mulai membaik dibandingkan hari pertama pasca operasi. Ibu masih merasakan nyeri pada area luka operasi terutama saat bergerak, namun nyeri berkurang setelah istirahat dan konsumsi analgesik yang diberikan dari rumah sakit. Ibu mengatakan sudah mulai melakukan mobilisasi dini secara bertahap seperti duduk dan berjalan perlahan dengan bantuan keluarga. Ibu menyampaikan bahwa BAK lancar, namun BAB belum terjadi sejak persalinan. Ibu juga mengatakan masih terdapat pengeluaran darah nifas dari jalan lahir dengan jumlah sedang seperti haid dan tidak berbau menyengat. Selain itu ibu menyampaikan bahwa ASI sudah mulai keluar walaupun belum terlalu banyak, sehingga bayi menyusui secara bertahap. Ibu juga merasakan puting sedikit nyeri akibat adaptasi awal menyusui. Pola makan ibu cukup baik dengan frekuensi makan 3 kali sehari, dan ibu berusaha mencukupi kebutuhan cairan. Ibu mengatakan istirahat malam terganggu karena menyusui bayi, namun ibu berusaha tidur ketika bayi tidur.

Berdasarkan hasil pemeriksaan objektif pada kunjungan rumah, keadaan umum ibu baik dengan kesadaran compos mentis. Tanda-tanda vital dalam batas normal yaitu tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 84 kali/menit, pernapasan 20 kali/menit, dan suhu 36,7°C. Pemeriksaan fisik menunjukkan konjungtiva tidak pucat, sklera tidak ikterik, serta tidak terdapat oedema pada wajah maupun ekstremitas. Pada pemeriksaan payudara tampak simetris, puting menonjol, dan ASI mulai keluar.

Pemeriksaan abdomen menunjukkan luka operasi tertutup balutan, tampak bersih, tidak terdapat rembesan darah, serta tidak ada tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, maupun bau. Palpasi uterus menunjukkan kontraksi uterus baik, tinggi fundus uteri (TFU) teraba 4 jari di bawah pusat dengan konsistensi uterus keras. Kandung kemih tidak penuh. Pengeluaran lochea masih dalam fase rubra dengan karakteristik berwarna merah kecoklatan, jumlah sedang, serta bau khas, sehingga sesuai dengan teori lochea pada nifas hari ke-4. Berdasarkan hasil pengkajian tersebut dapat disimpulkan bahwa proses involusi uterus berjalan normal dan tidak ditemukan tanda bahaya nifas.

Pada kunjungan KF2 ini, asuhan kebidanan yang diberikan berfokus pada pemantauan kondisi ibu post SC serta pencegahan komplikasi nifas. Bidan memberikan komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) mengenai perawatan luka operasi agar tetap bersih dan kering, serta pentingnya mengganti balutan sesuai anjuran tenaga kesehatan untuk mencegah infeksi. Bidan menganjurkan ibu untuk melakukan mobilisasi dini secara bertahap karena mobilisasi dini dapat mempercepat pemulihan, meningkatkan sirkulasi darah, serta membantu proses involusi uterus. Mengingat ibu belum BAB, bidan memberikan edukasi agar ibu meningkatkan konsumsi makanan berserat seperti sayur dan buah, memperbanyak cairan, serta melakukan aktivitas ringan agar tidak terjadi konstipasi. Bidan juga menganjurkan ibu mengonsumsi makanan bergizi seimbang terutama tinggi protein seperti telur, ikan, dan daging untuk mempercepat penyembuhan luka serta mendukung produksi ASI. Selain itu, bidan memberikan edukasi mengenai teknik menyusui yang benar untuk mencegah puting lecet dan menganjurkan ibu menyusui sesering mungkin untuk merangsang produksi ASI serta mempercepat involusi uterus. Bidan juga menjelaskan tanda bahaya masa nifas yang perlu diwaspadai seperti demam, perdarahan banyak, lochea berbau busuk, nyeri perut hebat, luka operasi kemerahan atau bernanah, serta payudara bengkak disertai demam. Ibu dianjurkan segera memeriksakan diri ke fasilitas kesehatan apabila mengalami tanda

bahaya tersebut.

Pemantauan nifas selanjutnya dilakukan pada hari Jumat, tanggal 04 April 2026, yaitu pada masa nifas hari ke-11 postpartum dan termasuk dalam kunjungan KF3. Pada kunjungan rumah ini, berdasarkan hasil anamnesis, Ny. T mengatakan kondisi tubuhnya semakin membaik dan nyeri luka operasi sudah jauh berkurang. Ibu mengatakan sudah dapat melakukan aktivitas ringan seperti mengurus bayi dan berjalan tanpa bantuan. Pola eliminasi ibu sudah normal, BAK lancar dan BAB teratur satu kali sehari. Ibu mengatakan pengeluaran lochea sudah berkurang dan warnanya berubah menjadi kecoklatan kekuningan serta tidak berbau busuk. Ibu tidak mengalami demam, pusing, maupun nyeri perut hebat. Selain itu, ibu mengatakan ASI sudah keluar lebih lancar dan bayi menyusu kuat setiap 2 jam atau sesuai kebutuhan. Ibu menyampaikan tidak terdapat keluhan pada payudara seperti bengkak, nyeri, maupun puting lecet. Pola makan ibu baik dengan makan 3 kali sehari disertai konsumsi lauk hewani, sayur dan buah, serta minum air putih cukup. Ibu mengatakan istirahat cukup meskipun sering terbangun pada malam hari untuk menyusui, dan ibu merasa terbantu karena adanya dukungan suami serta keluarga dalam perawatan bayi.

Berdasarkan hasil pemeriksaan objektif pada kunjungan rumah, kondisi umum ibu baik dengan kesadaran compos mentis. Tanda-tanda vital dalam batas normal yaitu tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 82 kali/menit, pernapasan 20 kali/menit, dan suhu 36,6°C. Pemeriksaan fisik menunjukkan konjungtiva tidak pucat dan tidak terdapat oedema pada ekstremitas. Pemeriksaan payudara menunjukkan payudara simetris, puting menonjol, ASI lancar, dan tidak terdapat bendungan ASI. Pemeriksaan abdomen menunjukkan involusi uterus berjalan normal, TFU sudah turun dan tidak teraba tinggi, uterus teraba keras, serta tidak ada nyeri tekan. Luka operasi tampak kering, bersih, tidak ada kemerahan, tidak bengkak, serta tidak ada tanda infeksi. Lokhea pada hari ke-11 postpartum sesuai teori berada pada fase lokhea serosa, yaitu berwarna kekuningan kecoklatan dengan jumlah

sedikit dan bau khas. Hasil pemeriksaan tersebut menunjukkan bahwa proses pemulihan masa nifas Ny. T berjalan fisiologis dan tidak ditemukan komplikasi nifas.

Pada kunjungan KF3 ini, asuhan kebidanan difokuskan pada pemantauan lanjutan masa nifas serta penguatan edukasi untuk mendukung pemulihan ibu dan keberhasilan menyusui. Bidan memberikan KIE agar ibu tetap menjaga kebersihan diri terutama kebersihan genitalia dan luka operasi untuk mencegah infeksi, serta menganjurkan ibu meningkatkan aktivitas secara bertahap sesuai kemampuan tubuh. Bidan juga menganjurkan ibu untuk tetap mengonsumsi makanan bergizi seimbang dengan kandungan protein tinggi, vitamin, dan mineral serta mencukupi cairan agar pemulihan optimal dan produksi ASI tetap lancar. Bidan menekankan pentingnya menyusui secara on demand untuk mempertahankan produksi ASI dan mencegah bendungan ASI. Selain itu, bidan kembali mengingatkan ibu mengenai tanda bahaya nifas lanjutan seperti perdarahan tiba-tiba banyak, demam, nyeri perut hebat, lokhea berbau busuk, atau tanda infeksi luka operasi. Pada tahap ini bidan juga mulai memberikan konseling mengenai perencanaan keluarga berencana pasca nifas dan pentingnya menentukan metode kontrasepsi yang sesuai. Ibu dianjurkan untuk tetap melakukan kunjungan ulang sesuai jadwal serta segera datang ke fasilitas kesehatan apabila terdapat keluhan atau tanda bahaya.

Berdasarkan hasil pemantauan masa nifas melalui kunjungan rumah KF2 pada hari ke-4 postpartum dan KF3 pada hari ke-11 postpartum, kondisi Ny. T berada dalam batas normal. Proses involusi uterus berjalan baik, lokhea sesuai dengan tahapan masa nifas yaitu rubra pada hari ke-4 dan serosa pada hari ke-11, tanda vital stabil, luka operasi post SC tampak bersih dan tidak ada tanda infeksi, serta produksi ASI semakin lancar. Dengan demikian, asuhan masa nifas pada Ny. T berjalan fisiologis sesuai teori, serta ibu mendapatkan edukasi dan dukungan yang diperlukan untuk menunjang pemulihan dan keberhasilan menyusui.

4. Asuhan Neonatus

Asuhan kebidanan pada neonatus dilakukan pada bayi Ny. T yang lahir melalui tindakan Sectio Caesarea (SC) di RS PKU Bantul pada tanggal 24 Maret 2026 pukul 13.00 WIB. Bayi berjenis kelamin perempuan dengan berat badan lahir 3.000 gram dan panjang badan 46 cm. Pelaksanaan asuhan neonatus dilakukan secara berkesinambungan melalui komunikasi jarak jauh menggunakan aplikasi WhatsApp (WA), karena keterbatasan akses untuk melakukan kunjungan langsung. Pemantauan dilakukan dengan cara menggali informasi dari ibu dan keluarga terkait kondisi bayi, pola menyusui, eliminasi, serta tanda bahaya neonatus, dan mengacu pada hasil pemeriksaan yang telah dilakukan oleh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan.

Berdasarkan hasil anamnesis melalui WhatsApp, ibu mengatakan bayi lahir dalam keadaan menangis kuat, warna kulit kemerahan, serta bergerak aktif. Setelah bayi lahir dilakukan perawatan bayi baru lahir oleh tenaga kesehatan di rumah sakit, meliputi pengeringan, penghangatan, serta penilaian kondisi umum bayi. Ibu menyampaikan bahwa bayi tidak dilakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) segera setelah lahir karena kondisi pasca operasi, namun bayi tetap diberikan ASI setelah ibu berada dalam kondisi stabil. Ibu mengatakan bayi dilakukan rawat gabung setelah beberapa waktu dan mulai disusui secara bertahap.

Pemantauan neonatus pertama dilakukan pada tanggal 28 Maret 2026 bersamaan dengan kunjungan KF2 dan KN2, yaitu pada usia neonatus hari ke-4. Berdasarkan hasil informasi yang disampaikan ibu melalui WhatsApp, bayi dalam kondisi baik, bayi tampak tenang dan tidak rewel berlebihan. Bayi menyusui kuat setiap 2–3 jam atau sesuai kebutuhan, refleks hisap baik, dan bayi dapat menelan ASI dengan baik. Ibu mengatakan bayi sudah BAK lebih dari 6 kali dalam sehari dengan warna urin kuning jernih serta bau khas, dan BAB 2–3 kali dalam sehari dengan konsistensi lembek dan warna kekuningan. Ibu juga mengatakan bayi tidak mengalami muntah berlebihan, tidak tampak kuning pada kulit maupun

mata, serta tidak terdapat kesulitan bernapas.

Berdasarkan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan, suhu tubuh bayi dalam batas normal yaitu 36,6°C, denyut nadi 128 kali/menit, dan frekuensi napas 42 kali/menit. Pemeriksaan fisik secara umum menunjukkan bayi tampak aktif, warna kulit kemerahan, tidak terdapat tanda sianosis maupun ikterus. Kepala simetris, ubun-ubun besar datar, mata bersih tidak ada sekret, mulut bersih dan refleks menghisap kuat. Telinga simetris, leher tidak ada pembengkakan. Dada tampak simetris, pernapasan teratur tanpa tarikan dinding dada. Bunyi jantung reguler, tidak terdengar murmur. Abdomen lembek, tidak kembung, tali pusat tampak bersih dan mulai mengering, tidak ada kemerahan maupun bau. Genetalia perempuan normal, anus berlubang, dan ekstremitas lengkap serta bergerak aktif. Berdasarkan hasil pemantauan tersebut tidak ditemukan tanda bahaya pada neonatus.

Pemantauan neonatus selanjutnya dilakukan pada tanggal 04 April 2026 bersamaan dengan kunjungan KF3 dan KN3, yaitu pada usia neonatus hari ke-11. Ibu mengatakan melalui WhatsApp bahwa kondisi bayi baik, bayi tidur cukup, dan tidak rewel. Bayi menyusu lebih sering, yaitu sekitar 2 jam sekali atau sesuai kebutuhan. Ibu mengatakan produksi ASI semakin lancar sehingga bayi tidak diberikan susu formula. Pola eliminasi bayi normal, BAK sekitar 6–8 kali per hari dan BAB 2–4 kali per hari. Ibu mengatakan tali pusat bayi sudah puput pada usia sekitar 7 hari, dan saat ini bekas tali pusat tampak kering serta tidak ada tanda infeksi.

Berdasarkan hasil pemeriksaan tenaga kesehatan yang disampaikan ibu, didapatkan data objektif bayi dalam batas normal dengan suhu 36,7°C, nadi 130 kali/menit, dan pernapasan 44 kali/menit. Berat badan bayi mengalami peningkatan menjadi 3.200 gram. Pemeriksaan fisik menunjukkan bayi tampak aktif, refleks menghisap kuat, kulit tidak ikterik, tidak ada tanda infeksi pada bekas tali pusat, perut lembek tidak distensi, dan pernapasan normal tanpa merintih. Kondisi ekstremitas baik dan gerakan simetris. Berdasarkan hasil pemantauan tersebut bayi dalam

keadaan sehat dan tidak ditemukan tanda bahaya neonatus.

Selama pelaksanaan asuhan neonatus melalui WhatsApp, penulis memberikan komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) kepada ibu mengenai pentingnya pemberian ASI eksklusif, teknik menyusui yang benar, menjaga kehangatan bayi, perawatan tali pusat secara kering dan bersih, serta pentingnya imunisasi sesuai jadwal. Penulis juga memberikan edukasi mengenai tanda bahaya neonatus yang harus diwaspadai seperti bayi tidak mau menyusui, bayi tampak lemah atau mengantuk terus, demam atau hipotermia, napas cepat atau sesak, kulit dan mata kuning sampai telapak tangan dan kaki, muntah berwarna hijau, serta kejang. Ibu dianjurkan untuk segera membawa bayi ke fasilitas kesehatan apabila terdapat tanda bahaya tersebut.

Berdasarkan hasil pemantauan yang dilakukan pada neonatus Ny. T melalui komunikasi WhatsApp, kondisi bayi dalam keadaan baik dan stabil, pertumbuhan bayi menunjukkan peningkatan berat badan sesuai usia, pola menyusui dan eliminasi normal, serta tidak ditemukan adanya tanda bahaya neonatus. Dengan demikian, asuhan neonatus dapat berjalan secara berkesinambungan dengan hasil yang sesuai harapan.

5. Asuhan Kebidanan Pada Ibu Akseptor KB

Asuhan kebidanan pada Ny. T usia 30 tahun P2A0Ah2 dalam pelayanan keluarga berencana (KB) dilakukan sebagai bagian dari Continuity of Care (CoC) setelah ibu menjalani masa persalinan dengan tindakan Sectio Caesarea (SC) pada tanggal 24 Maret 2026. Pelayanan KB diberikan untuk membantu ibu dalam merencanakan jarak kehamilan yang aman, mencegah kehamilan yang tidak diinginkan, serta mendukung pemulihan kesehatan ibu pasca persalinan. Pada ibu post SC, pemilihan metode kontrasepsi sangat penting karena dianjurkan untuk menunda kehamilan minimal 2 tahun agar proses penyembuhan luka operasi dan pemulihan uterus berlangsung optimal. Pelaksanaan asuhan KB pada Ny. T dilakukan melalui dua kali kunjungan rumah, yaitu kunjungan pertama berupa konseling KB dan kunjungan kedua berupa evaluasi terhadap

metode kontrasepsi yang dipilih.

Kunjungan KB pertama dilakukan pada hari Selasa, tanggal 31 Maret 2026. Pada kunjungan rumah ini, ibu menyampaikan bahwa sampai saat itu belum menggunakan alat kontrasepsi setelah melahirkan. Ibu mengatakan ingin menunda kehamilan karena masih dalam masa pemulihan pasca operasi dan ingin fokus merawat bayinya. Ibu juga mengatakan masih menyusui dan produksi ASI mulai meningkat. Ibu tidak mengeluhkan perdarahan abnormal, demam, maupun keluhan lain yang mengarah pada komplikasi nifas. Berdasarkan hasil pemeriksaan, keadaan umum ibu baik, kesadaran compos mentis, tanda-tanda vital dalam batas normal, serta luka operasi tampak bersih dan kering.

Pada kunjungan ini bidan memberikan komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) mengenai pentingnya penggunaan kontrasepsi pascapersalinan, terutama pada ibu dengan riwayat persalinan SC. Bidan menjelaskan beberapa pilihan metode kontrasepsi yang dapat digunakan pada ibu menyusui, antara lain Metode Amenore Laktasi (MAL), kondom, pil progestin, suntik progestin, implan, serta alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR). Bidan juga menjelaskan cara kerja, efektivitas, keuntungan, serta kemungkinan efek samping dari masing-masing metode kontrasepsi. Selain itu bidan memberikan penjelasan bahwa kontrasepsi hormonal kombinasi yang mengandung estrogen tidak dianjurkan digunakan pada awal masa menyusui karena dapat mempengaruhi produksi ASI. Setelah mendapatkan informasi, ibu bersama suami menyampaikan ketertarikan menggunakan metode kontrasepsi jangka panjang yang efektif dan tidak mengganggu proses menyusui. Bidan kemudian memberikan konseling lanjutan agar ibu mempertimbangkan metode implan atau AKDR sebagai pilihan yang sesuai, serta menganjurkan ibu untuk melakukan pemasangan kontrasepsi di fasilitas kesehatan yang memiliki tenaga kesehatan terlatih.

Kunjungan KB kedua dilakukan pada hari Senin, tanggal 07 April 2026. Pada kunjungan rumah ini dilakukan evaluasi terkait rencana dan penggunaan kontrasepsi. Berdasarkan hasil anamnesis, ibu mengatakan

telah memutuskan menggunakan kontrasepsi implan dan sudah melakukan pemasangan di fasilitas pelayanan kesehatan. Ibu menyampaikan bahwa setelah pemasangan, ibu hanya merasakan nyeri ringan pada area pemasangan pada hari pertama dan keluhan berangsur membaik. Ibu tidak mengalami demam, tidak terdapat kemerahan maupun pembengkakan yang mengarah pada infeksi. Ibu juga mengatakan ASI tetap lancar dan bayi menyusui dengan baik. Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum ibu baik, tanda-tanda vital dalam batas normal, dan area pemasangan implan tampak bersih serta tidak ada tanda peradangan.

Pada kunjungan evaluasi ini, bidan memberikan KIE mengenai perawatan setelah pemasangan implan, serta menjelaskan efek samping yang mungkin muncul seperti perubahan pola menstruasi berupa spotting, perdarahan tidak teratur, atau amenore. Bidan juga mengingatkan ibu agar segera datang ke fasilitas kesehatan apabila muncul tanda bahaya seperti nyeri hebat pada lokasi pemasangan, kemerahan meluas, bengkak, keluar cairan bernanah, demam, atau apabila implan tidak teraba. Bidan menganjurkan ibu untuk melakukan kontrol sesuai jadwal pelayanan KB serta tetap menjaga pola hidup sehat guna mendukung pemulihan pasca persalinan.

Berdasarkan hasil asuhan kebidanan pada pelayanan KB melalui dua kali kunjungan rumah, ibu telah mendapatkan konseling KB pascapersalinan dan telah memilih metode kontrasepsi yang sesuai dengan kondisi menyusui serta riwayat post SC, yaitu kontrasepsi implan. Pada evaluasi kunjungan kedua, ibu tidak mengalami keluhan yang bermakna dan tidak ditemukan komplikasi pasca pemasangan kontrasepsi. Dengan demikian, pelayanan KB pada Ny. T telah berjalan sesuai kebutuhan dan mendukung perencanaan keluarga yang aman.

B. Kajian Teori

1. Asuhan Kebidanan *Continuity Of Care*

Konsep Dasar Teori Kehamilan *Continuity Of Care* dalam kebidanan merupakan serangkaian kegiatan pelayanan berkesinambungan mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, serta keluarga berencana. Kemenkes RI menyatakan bahwa Asuhan Kebidanan Berkelanjutan terdiri dari Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual diselenggarakan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara menyeluruh terpadu dan berkesinambungan. *Continuity Of Care* yang dilakukan oleh bidan pada umumnya berorientasi untuk meningkatkan kesinambungan pelayanan dalam suatu periode.⁷

Continuity Of Care memiliki tiga jenis pelayanan yaitu manajemen, informasi dan hubungan. Kesinambungan manajemen melibatkan komunikasi antara perempuan dan bidan. Kesinambungan informasi menyangkut ketersediaan waktu yang relevan. Kedua hal tersebut penting untuk mengatur dan memberikan pelayanan kebidanan.⁸ Perempuan yang mendapat pelayanan berkesinambungan dari bidan hampir delapan kali lipat lebih besar untuk melakukan persalinan di bidan yang sama. Perempuan yang mendapat pelayanan berkesinambungan oleh bidan melaporkan kepuasan lebih tinggi terkait informasi, saran, penjelasan, tempat persalinan, persiapan persalinan, pilihan untuk menghilangkan rasa sakit dan pengawasan oleh bidan. Hasil yang signifikan secara *Continuity Of Care* secara women center meliputi dukungan, partisipasi dalam pengambilan keputusan, perhatian terhadap psikologis, kebutuhan dan harapan pada saat akan melahirkan, informasi dan menghargai perempuan.⁹

2. Konsep Dasar Teori Kehamilan

a. *Antenatal Care* (ANC)

Antenatal Care adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan

obstetrik optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan selama kehamilan.⁹ Ibu hamil dapat melaksanakan pemeriksaan kehamilan di sarana kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas, posyandu, praktek mandiri bidan dan dokter praktik.¹⁰ Frekuensi kunjungan ANC Minimal 2 kali pada trimester I, Minimal 1 kali pada trimester II, Minimal 3 kali pada trimester III

1) Tujuan ANC

- a) Mempromosikan dan menjaga kesehatan fisik maupun mental ibu dan bayi dengan pendidikan, nutrisi, kebersihan diri, serta proses kelahiran bayi.
- b) Mendeteksi dan menatalaksanaan komplikasi medis, beda, atau obstetri selama kehamilan.
- c) Memantau kemajuan kehamilan, memastikan kesejahteraan ibu, dan tumbuh kembang janin.
- d) Mengembangkan persiapan persalinan serta kesiapan menghadapi komplikasi.
- e) Membantu menyiapkan ibu untuk menyusui dengan sukses, menjalankan nifas normal, serta merawat anak secara fisik, psikologis, dan sosial.
- f) Mempersiapkan ibu dan keluarga dapat berperan dengan baik dalam memelihara bayi agar dapat tumbuh dan berkembang secara normal.

2) Standar ANC yang diprogramkan

Standar pelayanan ANC meliputi standar 10T, sehingga ibu hamil yang datang memperoleh pelayanan komprehensif dengan harapan antenatal care dengan standar 10T dapat sebagai daya ungkit pelayanan kehamilan dan diharapkan ikut andil dalam menurunkan angka kematian ibu.¹⁰ Pelayanan sesuai standart, yaitu 10 T sesuai dengan kebijakan Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia (PPIBI), ada sepuluh standar pelayanan yang harus dilakukan oleh bidan atau tenaga kesehatan yang dikenal dengan 10T. Pelayanan atau asuhan

standar minimal 10T adalah sebagai berikut:¹⁰

a) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan (T1)

Pada kunjungan antenatal pertama (Trimester I), pengukuran berat badan dan tinggi badan ibu hamil sangat penting untuk mengevaluasi status gizi dan risiko kehamilan. Penimbangan rutin selama kehamilan juga membantu memantau pertumbuhan janin. Penambahan berat badan ideal berkisar antara 11–16 kg, tergantung status IMT sebelum hamil. Kenaikan berat badan kurang dari 9 kg atau kurang dari 1 kg per bulan bisa menunjukkan risiko gangguan pertumbuhan janin atau malnutrisi maternal.

Pengukuran tinggi badan bertujuan mendeteksi risiko Cephalo Pelvic Disproportion (CPD) pada ibu dengan tinggi badan di bawah 145 cm, yang bisa menyebabkan kesulitan saat persalinan. Perhitungan Indeks Massa Tubuh (IMT) adalah komponen penting dalam penilaian status gizi ibu hamil. IMT dihitung berdasarkan rumus:

$$IMT = \frac{\text{Berat badan (kg)}}{\text{Tinggi badan (m)}^2}$$

Tabel 1. Klasifikasi IMT

Kategori IMT (kg/m ²)	Status Gizi Sebelum Hamil	Rekomendasi Kenaikan Berat Badan Selama Hamil
<18,5	Kurus (Underweight)	12,5 – 18 kg
18,5 – 24,9	Normal	11,5 – 16 kg
25,0 – 29,9	Overweight (Berat lebih)	7 – 11,5 kg
≥30,0	Obesitas	5 – 9 kg

Menurut Gestational Weight Recommendations from the 2009 Institute of Medicine and National Research Council Report ¹¹

b) Nilai status gizi (Ukur Lingkar Lengan Atas /LILA) (T2)

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil berisiko Kekurangan Energi Kronik (KEK). KEK disini maksudnya ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung

lama (beberapa bulan/tahun) dimana LILA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR).

c) Ukur tekanan darah (T3)

Tekanan darah yang normal 100/70 – 140/90 mmHg, pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah melebihi 140/90 mmHg) perlu diwaspadai pada kehamilan dan terjadinya pre eklampsia (hipertensi disertai odema wajah dan atau tungkai bawah; dan atau proteinuria).

d) Ukur tinggi fundus uteri (T4)

Pengukuran tinggi fundus pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukuran menggunakan pita pengukur setelah kehamilan 24 minggu.

e) Tentukan Presentasi Janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ) (T5)

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah lain. Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120/menit atau DJJ cepat lebih dari 160/menit menunjukkan adanya gawat janin.

f) Beri imunisasi Tetanus Toksoid (TT) (T6)

Pada kunjungan pertama ANC, dilakukan skrining status imunisasi TT ibu hamil, apabila diperlukan, diberikan imunisasi

pada saat pelayanan antenatal. Tujuan dari imunisasi TT ini yaitu untuk mencegah terjadinya tetanus pada bayi baru lahir serta melengkapi status imunisasi TT.

Tabel 2. Skrining imunisasi TT

Riwayat Imunisasi Ibu Hamil	Imunisasi Yang Didapat	Status Yang Diberikan
Imunisasi Dasar Lengkap	DPT-Hb 1 DPT-Hb 2 DPT-Hb 3	T1 dan T2
Anak Sekolah Kelas 1 SD	DT	T3
Kelas 2 SD	Td	T4
Kelas 3 SD	Td	T5
Calon Pengantin, Masa Hamil	TT	1. Jika ada status T diatas yang tidak terpenuhi 2. Lanjutkan urutan T yang belum terpenuhi 3. Perhatikan interval pemberian

Sumber : *PPIBI, 2016: 60.*

Tabel 3. Interval dalam Perlindungan TT Imunisasi

Imunisasi	Pemberian Imunisasi	Selang waktu pemberian minimal	Masa Perlindungan
TT WUS	T1	-	-
	T2	4 minggu setelah T1	3 tahun
	T3	6 bulan setelah T2	5 tahun
	T4	1 tahun setelah T3	10 tahun
	T5	3 tahun setelah T4	25 tahun

Sumber : *PPIBI, 2016: 60.*

g) Beri tablet tambah darah (tablet besi) (T7)

Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah (tablet zat besi) dan Asam Folat minimal 90 tablet selama kehamilan diberikan sejak kontak pertama.

h) Periksa laboratorium (rutin dan khusus) (T8)

Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada saat antenatal, pemeriksaan dibagi menjadi pemeriksaan laboratorium wajib dan atas indikasi sebagai berikut:

(1) Pemeriksaan rutin

(a) Pemeriksaan golongan darah

Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil tidak hanya untuk mengetahui jenis golongan darah ibu melainkan juga untuk mempersiapkan calon pendonor darah yang sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi situasi kegawatdaruratan.

(b) Pemeriksaan kadar haemoglobin darah (Hb)

Pemeriksaan kadar haemoglobin darah ibu hamil dilakukan minimal sekali pada trimester pertama dan sekali pada trimester ketiga. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui ibu hamil tersebut menderita anemia atau tidak selama kehamilannya karena kondisi anemia dapat mempengaruhi proses tumbuh kembang janin dalam kandungan.

(c) Pemeriksaan Human Immunodeficiency Virus (HIV)

Pemeriksaan HIV terutama untuk daerah dengan risiko tinggi kasus HIV dan ibu hamil yang dicurigai menderita HIV. Ibu hamil setelah menjalani konseling kemudian diberi kesempatan untuk menetapkan sendiri keputusannya untuk menjalani tes HIV.

(d) Pemeriksaan protein dalam urine

Pada ibu hamil dilakukan pada trimester kedua dan ketiga atas indikasi. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui adanya proteinuria pada ibu

hamil. Proteinuria merupakan salah satu indikator terjadinya pre-eklampsia pada ibu hamil.

(e) Pemeriksaan Hbsag

Semua Ibu hamil secara rutin harus menjalani pemeriksaan HBsAg pada kunjungan awal / trimester I dalam setiap kehamilan,. ibu hamil yang berstatus HBsAg positif, bayinya harus dijamin mendapatkan vaksinasi atau imonoglobulin sesuai kebutuhan

(f) Pemeriksaan dengan indikasi

- i. Pemeriksaan kadar gula darah (bila ada indikasi)
- ii. Pemeriksaan darah malaria (untuk daerah endemis malaria)
- iii. Pemeriksaan tes Sifilis (bila ada indikasi)
- iv. Pemeriksaan BTA

Pemeriksaan BTA dilakukan pada ibu hamil yang dicurigai menderita penyakit tuberculosi sebagai pencegahan agar infeksi tuberculosi tidak mempengaruhi kesehatan janin.

- v. Pemeriksaan protein dalam urin (Bila ada indikasi)

Pemeriksaan protein dalam urine pada ibu hamil dilakukan pada trimester kedua dan ketiga atas indikasi. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui adanya proteinuria pada ibu hamil. Proteinuria merupakan salah satu indikator terjadinya pre-eklampsia pada ibu hamil.

i) Tatalaksana atau penanganan Kasus (T9)

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal di atas dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan

kewenangan tenaga kesehatan. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

j) Temu wicara (Konseling) (T10)

Temu wicara dan konseling dilakukan setiap kunjungan antenatal yang meliputi kesehatan ibu, perilaku hidup sehat, peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan, tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi, asupan gizi seimbang, gejala penyakit menular dan tidak menular, penawaran untuk melakukan testind dan konseling HIV, Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan pemberian Air Susu Ibu (ASI) eksklusif, KB paska persalinan, imunisasi dan peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan.

2) Pelayanan Antenatal Terintegrasi

Merupakan pelayanan kesehatan komprehensif dan berkualitas yang dilakukan melalui deteksi dini masalah, penyakit dan penyulit/komplikasi kehamilan menanyakan tanda-tanda penting yang terkait dengan kehamilan dan penyakit yang kemungkinan diderita ibu hamil :¹⁰

a) Muntah berlebihan

Rasa mual dan muntah bisa muncul pada kehamilan muda terutama padapagi hari namun kondisi ibu biasanya hilang setelah kehamilan berumur 3 bulan. Keadaan ini tidak perlu dikhawatirkan, kecuali kalau memang cukup berat, hingga tidak dapat makan dan berat badan menurun terus.

b) Pusing

Pusing biasa muncul pada kehamilan muda. Apabila pusing sampai mengganggu aktifitas sehari-hari maka perlu diwaspadai.

c) Sakit Kepala

Sakit kepala yang hebat atau yang menetap timbul pada ibu

hamil mungkin dapat membahayakan kesehatan kesehatan ibu dan janin.

d) Perdarahan

Perdarahan waktu hamil, walaupun hanya sedikit sudah merupakan tanda bahaya sehingga ibu hamil harus waspada.

e) Sakit perut hebat

Nyeri perut yang hebat dapat membahayakan kesehatan ibu dan janin.

f) Demam

Demam tinggi lebih dari 2 hari atau keluarnya cairan berlebihan dari liangrahim dan kadang-kadang berbau merupakan salah satu tanda bahaya pada kehamilan.

g) Batuk lama

Batuk lama lebih dari 2 minggu, perlu ada pemeriksaan lanjut dan dapat dicurigai ibu hamil menderita TB

h) Berdebar-debar

Jantung berdebar-debar pada ibu hamil merupakan salah satu masalah pada kehamilan yang harus diwaspadai

i) Cepat lelah

Dalam dua atau tiga bulan pertama kehamilan, biasanya timbul rasa lelah, mengantuk yang berlebihan dan pusing, yang biasanya terjadi pada sore hari. Kemungkinan ibu menderita kurang darah

j) Sesak nafas atau sukar bernafas

Pada akhir bulan ke delapan ibu hamil sering merasa sedikit sesak bila bernafas karena bayi menekan paru-paru ibu. Namun apabila hal ini terjadi berlebihan maka perlu diwaspadai.

k) Keputihan yang berbau

Keputihan yang berbau merupakan salah satu tanda bahaya pada ibu hamil.

l) Gerakan janin

Gerakan bayi mulai dirasakan ibu pada kehamilan akhir bulan keempat. Apabila gerakan janin belum muncul pada usia kehamilan ini, gerakan yang semakin berkurang atau tidak ada gerakan janin maka ibu hamil harus waspada

m) Perilaku berubah selama hamil

Perilaku berubah selama hamil seperti gaduh gelisah, menarik diri, bicara sendiri, tidak mandi dan sebagainya. Selama kehamilan, ibu bisa mengalami perubahan perilaku. Hal ini disebabkan karena perubahan hormonal. Pada kondisi yang mengganggu kesehatan ibu dan janinnya maka akan dikonsulkan ke psikiater.

n) Riwayat Kekerasan terhadap Perempuan (KtP) selama kehamilan

Informasi mengenai kekerasan terhadap perempuan terutama ibu hamil seringkali sulit untuk digali. Korban kekerasan selalu mau berterus terang pada kunjungan pertama, yang mungkin disebabkan oleh rasa takut atau belum mampu mengemukakan masalahnya kepada orang lain, termasuk petugas kesehatan. Dalam keadaan ini, petugas kesehatan diharapkan dapat mengenali korban dan memberikan dukungan agar mau membuka diri.

3) Pedoman Program Perencanaan Pencegahan Komplikasi (P4K)

a) Pengertian

P4K dengan stiker adalah kepanjangan dari Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi, yang merupakan suatu kegiatan yang difasilitasi oleh bidan di desa dalam rangka peningkatan peran aktif suami, keluarga, dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi bagi ibu hamil, termasuk perencanaan penggunaan KB pasca persalinan dengan

menggunakan stiker sebagai media notifikasi sasaran dalam rangka meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu dan bayi baru lahir.

b) Tujuan umum adanya program P4K

Meningkatnya cakupan dan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu hamil dan bayi baru lahir melalui peningkatan peran aktif keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi dan tanda bahaya kebidanan bagi ibu sehingga melahirkan bayi yang sehat.

c) Tujuan khusus adanya program P4K antara lain

- (1) Terdatanya status ibu hamil dan terpasangnya stiker P4K di setiap rumah ibu hamil yang memuat informasi tentang lokasi tempat tinggal ibu hamil, identitas ibu hamil, taksiran persalinan, penolong persalinan, pendamping persalinan, fasilitas tempat persalinan, calon pendonor darah, transportasi yang akan digunakan serta pembiayaan.
- (2) Adanya perencanaan persalinan termasuk pemakaian metode KB pasca persalinan yang sesuai dan disepakati ibu hamil, suami, keluarga dan bidan.
- (3) Terlaksananya pengambilan keputusan yang cepat dan tepat bila terjadi komplikasi selama kehamilan, persalinan, dan nifas.
- (4) Meningkatkan keterlibatan tokoh masyarakat baik formal maupun non formal, dukun atau pendamping persalinan dan kelompok masyarakat dalam perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi dengan stiker, dan KB pasca salin sesuai dengan perannya masing-masing.

d) Manfaat P4K antara lain:

- (1) Mempercepat berfungsinya desa siaga.
- (2) Meningkatkan cakupan pelayanan Ante Natal Care (ANC) sesuai standart.
- (3) Meningkatkan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan terampil.
- (4) Meningkatkan kemitraan bidan dan dukun.
- (5) Tertanganinya kejadian komplikasi secara dini.
- (6) Meningkatnya peserta KB pasca salin.
- (7) Terpantaunya kesakitan dan kematian ibu dan bayi.
- (8) Menurunnya kejadian kesakitan dan kematian ibu serta bayi.

e) Terapi Yang Diberikan Pada Ibu Hamil Selama Masa Kehamilan

(1) Kalk (*Calcium lactate*)

Calcium lactate atau kalsium laktat adalah obat untuk mencegah atau mengobati rendahnya kadar kalsium dalam darah pada orang-orang yang tidak mendapatkan cukup kalsium dalam makanannya. *Calcium lactate* biasanya digunakan oleh ibu hamil dan menyusui, serta penderita penyakit yang diakibatkan tingkat kalsium rendah seperti osteoporosis, hipoparatiroidisme, dan penyakit otot tertentu. Kalk ini diberikan untuk memenuhi kebutuhan kalsium terutama bagi ibu hamil. Kalk diberikan dengan dosis 1x1. Perlu diperhatikan bahwa penggunaan yang berlebihan akan mengganggu metabolisme.

(2) Tablet Besi (Fe)

Zat besi adalah mineral yang dibutuhkan untuk membentuk sel darah merah (haemoglobin). Penyerapan besi dipengaruhi oleh banyak faktor. Protein hewani dan

vitamin C meningkatkan penyerapan, sedangkan kopi, teh, susu, coklat, minuman bersoda dapat menghambat penyerapan zat besi di dalam tubuh, jadi waktu dan tepatnya untuk minum Fe yaitu pada malam hari menjelang tidur hal ini untuk mengurangi rasa mual dan timbul setelah ibu meminumnya.

4) Faktor Risiko Ibu Hamil

a) Pengertian

Kehamilan risiko tinggi adalah keadaan yang dapat mempengaruhi keadaan ibu maupun janin pada kehamilan yang dihadapi. Kehamilan resiko tinggi adalah kehamilan yang dapat menyebabkan ibu hamil dan bayi menjadi sakit atau meninggal sebelum kelahiran berlangsung. Karakteristik ibu hamil diketahui bahwa faktor penting penyebab resiko tinggi pada kehamilan terjadi pada kelompok usia 35 tahun dikatakan usia tidak aman karena saat bereproduksi pada usia 35 tahun dimana kondisi organ reproduksi wanita sudah mengalami penurunan kemampuan untuk bereproduksi, tinggi badan kurang dari 145 cm, berat badan kurang dari 45 kg, jarak anak terakhir dengan kehamilan sekarang kurang dari 2 tahun, jumlah anak lebih dari 4. Faktor penyebab resiko kehamilan apabila tidak segera ditangani pada ibu dapat mengancam keselamatan bahkan dapat terjadi hal yang paling buruk yaitu kematian ibu dan bayi.

b) Faktor-faktor Kehamilan Risiko Tinggi

Faktor resiko adalah kondisi pada ibu hamil yang dapat menyebabkan kemungkinan resiko/bahaya terjadinya komplikasi pada persalinan yang dapat menyebabkan kematian atau kesakitan pada ibu dan bayinya. Ciri- ciri faktor resiko:

- i. Faktor resiko mempunyai hubungan dengan kemungkinan terjadinya komplikasi tertentu pada persalinan.
 - ii. Faktor resiko dapat ditemukan dan diamati/dipantau selama kehamilan sebelum peristiwa yang diperkirakan terjadi.
 - iii. Pada seorang ibu hamil dapat mempunyai faktor resiko tunggal, ganda yaitu dua atau lebih yang bersifat sinergik dan kumulatif. Hal ini berarti menyebabkan kemungkinan terjadinya resiko lebih besar. Faktor yang mempengaruhi ibu hamil risiko tinggi yaitu seperti primipara muda berusia kurang dari 16 tahun, primipara tua berusia lebih dari 35 tahun, primipara sekunder dengan usia anak terkecil diatas 5 tahun, tinggi badan kurang dari 145cm, riwayat kehamilan yang buruk (pernah keguguran, pernah persalinan premature, lahir mati, dan riwayat persalinan dengan tindakan seperti ekstraksi vakum, ekstraksi forseps, dan operasi sesar), pre-eklamsia, eklamsia, gravida serotinus, kehamilan dengan pendarahan antepartum, kehamilan dengan kelainan letak, kehamilan dengan penyakit ibu yang mempengaruhi kehamilan.
- c) Skor Kehamilan Risiko Tinggi
- i. Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan jumlah skor 2
Merupakan kehamilan yang tidak disertai oleh faktor risiko atau penyulit sehingga kemungkinan besar ibu akan melahirkan secara normal dengan ibu dan janinnya dalam keadaan hidup sehat.
 - ii. Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan skor 6-10
Merupakan kehamilan yang disertai satu atau lebih faktor risiko/penyulit baik yang berasal dari ibu maupun janinnya sehingga memungkinkan terjadinya kegawatan saat kehamilan maupun persalinan namun tidak darurat. c.

iii. Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRTS) dengan jumlah skor >12 Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) merupakan kehamilan dengan faktor risiko. Perdarahan sebelum bayi lahir, dimana hal ini akan memberikan dampak gawat dan darurat pada ibu dan janinnya sehingga membutuhkan rujukan tepat waktu dan penanganan segera yang adekuat untuk menyelamatkan dua nyawa. Ibu dengan faktor risiko dua atau lebih, dimana tingkat kegawatannya meningkat sehingga pertolongan persalinan harus di rumah sakit dengan ditolong oleh dokter spesialis.

3. Konsep Dasar Teori Persalinan

a. Definisi Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau jalan lahir lain dengan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri).¹²

Persalinan dianggap normal jika terjadi pada kehamilan usia cukup bulan (>37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Ibu belum inpartu jika kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan serviks. Persalinan dapat dibedakan menjadi tiga, yaitu:¹²

1) Persalinan spontan

Persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir.

2) Persalinan buatan

Persalinan yang dibantu dengan tenaga dari luar, misalnya dengan ekstraksi vakum, forseps, ataupun sectio caesarea.

3) Persalinan anjuran

Persalinan yang berlangsung dengan pemberian obat untuk merangsang timbulnya kontraksi, misalnya dengan pemecahan ketuban, pemberian pitocin, atau prostaglandin.

b. Teori Persalinan

Terdapat berbagai teori persalinan, di antaranya adalah :

1) Teori Penurunan Progesteron

Progesteron menimbulkan relaksasi otot-otot rahim, sebaliknya estrogen meninggikan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his. Proses peneuman plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, dan pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesteron mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu.¹²

2) Teori Oksitosin

Menjelang persalinan, terjadi peningkatan reseptor oksitosin dalam otot rahim, sehingga mudah terangsang saat disuntikkan oksitosin dan menimbulkan kontraksi. Diduga bahwa oksitosin dapat meningkatkan pembentukan prostaglandin dan persalinan berlangsung.¹²

3) Teori Keregangan Otot Rahim

Keadaan uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus. Hal ini merupakan faktor yang dapat mengganggu sirkulasi uteroplasenter sehingga plasenta mengalami degenerasi. Otot rahim mempunyai kemampuan meregang sampai batas tertentu. Apabila batas tersebut sudah terlewati, maka akan terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.¹²

4) Teori Prostaglandin

Prostaglandin meningkat pada cairan amnion dan desidua dari minggu ke-15 hingga aterm, dan kadarnya meningkat hingga ke waktu partus. Diperkirakan terjadinya penurunan progesteron dapat memicu interleukin-1 untuk dapat melakukan “hidrolisis gliserofosfolipid”, sehingga terjadi pelepasan dari asam arakidonat menjadi prostaglandin, PGE2 dan PGF2 alfa. Terbukti pula bahwa saat mulainya persalinan, terdapat penimbunan dalam jumlah besar asam arakidonat dan prostaglandin dalam cairan amnion. Di samping itu, terjadi pembentukan prostasiklin dalam miometrium, desidua, dan korion leave. Prostaglandin dapat melunakkan serviks dan merangsang kontraksi, bila diberikan dalam bentuk infus, per os, atau secara intravaginal.¹³

5) Teori Janin

Terdapat hubungan hipofisis dan kelenjar suprarenal yang menghasilkan sinyal kemudian diarahkan kepada maternal sebagai tanda bahwa janin telah siap lahir. Namun mekanisme ini belum diketahui secara pasti.¹³

6) Teori Plasenta Menjadi Tua

Plasenta yang semakin tua seiring dengan bertambahnya usia kehamilan akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron sehingga timbul kontraksi rahim.¹³

c. Tanda dan Gejala Persalinan

1) Tanda-tanda Persalinan Sudah Dekat

a) Lightening

Pada minggu ke-36 pada primigravida terjadi penurunan fundus karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan oleh:¹⁴

(1) Kontraksi Braxton Hicks

(2) Ketegangan otot perut

(3) Ketegangan ligamentum rotundum

(4) Gaya berat janin kepala ke arah bawah

k) Terjadinya His Permulaan

Makin tua usia kehamilan, pengeluaran progesteron dan estrogen semakin berkurang sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi, yang lebih sering disebut his palsu.

Sifat his palsu :¹⁴

(1) Rasa nyeri ringan dibagian bawah

(2) Datangnya tidak teratur

(3) Tidak ada perubahan serviks

(4) Durasinya pendek

(5) Tidak bertambah jika beraktivitas

2) Tanda-tanda Persalinan

1) Terjadinya His Persalinan

His persalinan memiliki sifat, yaitu :

(1) Pinggang terasa sakit, yang menjalar ke depan

(2) Sifatnya teratur, intervalnya makin pendek dan kekuatannya makin besar

(3) Kontraksi uterus mengakibatkan pendataran/pembukaan servik

l) Bloody Show

Pengeluaran lendir disertai darah melalui vagina. Dengan his permulaan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan, lendir yang terdapat di kanalis servikalis lepas, kapiler pembuluh darah pecah, yang menjadikan perdarahan sedikit.

m) Pengeluaran Cairan

Terjadi akibat pecahnya ketuban atau selaput ketuban robek. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap tetapi kadang pecah pada pembukaan kecil.

d. Perubahan Fisiologis Persalinan

1) Perubahan-perubahan fisiologis Kala I adalah :¹²

1) Tekanan Darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi (sistolik rata-rata naik 10-20 mmHg. Distole 5-10 mmHg. Antara kontraksi, tekanan darah kembali normal pada level sebelum persalinan. Dengan rasa sakit, takut, dan cemas juga akan meningkatkan tekanan darah. Wanita yang memang memiliki resiko hipertensi kini resikonya meningkat untuk mengalami komplikasi, seperti perdarahan otak.

2) Metabolisme

Metabolisme karbohidrat aerob dan anaerob akan meningkat secara berangsur disebabkan karena kecemasan. Peningkatan ini ditandai dengan adanya peningkatan suhu, denyut nadi, kardiak output, pernapasan dan cairan yang hilang.

3) Suhu Tubuh

Karena terjadi peningkatan metabolisme, maka suhu tubuh agak meningkat selama persalinan terutama selama dan segera setelah persalinan. Peningkatan ini jangan melebihi 0,50C-10C.

n) Detak Jantung

Detak jantung secara dramatis naik selama kontraksi. Pada setiap kontraksi, 400 ml darah dikeluarkan dari uterus dan masuk ke dalam sistem vaskuler ibu. Hal ini akan meningkatkan curah jantung.

o) Pernapasan

Terjadi sedikit peningkatan laju pernapasan dianggap normal. Hiperventilasi yang lama dianggap tidak normal dan bisa menyebabkan alkalosis.

p) Ginjal

Poliuria sering terjadi selama persalinan, mungkin disebabkan oleh peningkatan kardiak output, peningkatan filtrasi dan glomerulus, dan peningkatan aliran plasma ginjal. Proteinuria yang sedikit dianggap normal dalam persalinan.

q) Gastrointestinal

Motilitas lambung dan absorpsi makanan padat secara substansial berkurang banyak selama persalinan. Selain itu, pengeluaran getah lambung berkurang menyebabkan aktivitas pencernaan hampir berhenti, dan pengosongan lambung menjadi sangat lambat. Mual atau muntah biasa terjadi sampai mencapai akhir kala I.

r) Hematologi

Hemoglobin meningkat sampai 1,2 gr/100 ml, selama persalinan dan akan kembali sebelum persalinan, sehari pasca persalinan kecuali perdarahan postpartum.

2) Perubahan-perubahan fisiologis Kala II adalah :¹³

a) Kontraksi Persalinan

Kelahiran bayi dimungkinkan oleh gabungan kekuatan antara uterus dan otot abdomen karena kekuatan tersebut membuka serviks dan mendorong janin melewati jalan lahir.

b) Kontraksi Uterus

Kontraksi uterus selama persalinan berirama, teratur, involunter, serta mengikuti pola yang berulang. Kontraksi tersebut bertambah lebih kuat, datang setiap 2-3 menit dan berlangsung antara 50-100 detik. Setiap kali otot berkontraksi, kantong amnion didorong ke bawah ke dalam serviks. Serviks pertama-tama menipis mendatar dan kemudian terbuka, dan otot pada fundus menjadi lebih tebal.

c) Vulva dan Anus

Saat kepala berada di dasar panggul, perineum menjadi

menonjol dan lebar dan anus membuka. Labia mulai membuka dan kepala janin tampak di vulva pada waktu his.

d) Janin

Bagian janin akan turun lebih cepat pada kala II yaitu rata-rata 1,6 cm/jam untuk primipara dan 5,4 cm untuk multipara. Pada kala II sebagai tanda bahwa kepala sudah sampai di dasar panggul, perineum menonjol, vulva menganga dan rectum terbuka.

3) Perubahan-perubahan fisiologis Kala III

a) Mekanisme Pelepasan Plasenta

Setelah janin lahir, uterus mengadakan kontraksi otot uterus (miometrium) yang mengakibatkan penciutan permukaan kavum uteri, lepas dari tempat implantasinya.

b) Tanda-tanda Lepasnya Plasenta

(1) Perubahan bentuk tinggi fundus

Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong ke bawah, uterus menjadi bulat, dan fundus berada diatas pusat (sering kali mengarah ke sisi kanan).

(2) Tali pusat memanjang

Tali pusat terlihat keluar memanjang (terjulur melalui vulva dan vagina).

(3) Semburan darah tiba-tiba

Semburan darah tiba-tiba menandakan bahwa darah yang terkumpul antara tempat melekatnya plasenta dan permukaan maternal plasenta, keluar melalui tepi plasenta yang terlepas.

a. Perubahan Psikologis Persalinan

1) Perubahan-perubahan psikologis Kala I

Pada persalinan Kala I selain pada saat kontraksi uterus, umumnya ibu dalam keadaan santai, tenang dan tidak terlalu pucat. Kondisi psikologis yang sering terjadi pada wanita dalam

persalinan kala I adalah:^{15,16}

- a) Kecemasan dan ketakutan pada dosa-dosa atau kesalahan-kesalahan sendiri. Ketakutan tersebut berupa rasa takut jika bayi yang akan dilahirkan dalam keadaan cacat, serta takhayul lain. Walaupun pada jaman ini kepercayaan pada ketakutan-ketakutan gaib selama proses reproduksi sudah sangat berkurang sebab secara biologis, anatomis, dan fisiologis kesulitan-kesulitan pada peristiwa partus bisa dijelaskan dengan alasan-alasan patologis atau sebab abnormalitas (keluarbiasaan). Tetapi masih ada perempuan yang diliputi rasa ketakutan akan takhayul.
- b) Timbulnya rasa tegang, takut, kesakitan, kecemasan dan konflik batin. Hal ini disebabkan oleh semakin membesarnya janin dalam kandungan yang dapat mengakibatkan calon ibu mudah capek, tidak nyaman badan, dan tidak bisa tidur nyenyak, sering kesulitan bernafas dan macam-macam beban jasmaniah lainnya diwaktu kehamilannya.
- c) Sering timbul rasa jengkel, tidak nyaman dan selalu kegerahan serta tidak sabaran sehingga harmoni antara ibu dan janin yang dikandungnya menjadi terganggu. Ini disebabkan karena kepala bayi sudah memasuki panggul dan timbulnya kontraksi-kontraksi pada rahim sehingga bayi yang semula diharapkan dan dicintai secara psikologis selama berbulan-bulan itu kini dirasakan sebagai beban yang amat berat.
- d) Ketakutan menghadapi kesulitan dan resiko bahaya melahirkan bayi yang merupakan hambatan dalam proses persalinan:¹⁷
 - (1) Adanya rasa takut dan gelisah terjadi dalam waktu singkat dan tanpa sebab sebab yang jelas

- (2) Ada keluhan sesak nafas atau rasa tercekik, jantung berdebar-debar
 - (3) Takut mati atau merasa tidak dapat tertolong saat persalinan
 - (4) Muka pucat, pandangan liar, pernafasan pendek, cepat dan takikardi
- 2) Perubahan-perubahan psikologis Kala II
- Pada masa persalinan seorang wanita ada yang tenang dan bangga akan kelahiran bayinya, tapi ada juga yang merasa takut. Adapun perubahan psikologis yang terjadi adalah sebagai berikut:¹²
- a) Perasaan ingin meneran dan ingin BAB
 - b) Panik dan terkejut dengan apa yang terjadi pada saat pembukaan lengkap.
 - c) Bingung dengan adanya apa yang terjadi pada saat pembukaan lengkap.
 - d) Frustrasi dan marah
 - e) Tidak memperdulikan apa saja dan siapa saja yang ada di kamar bersalin
 - f) Rasa lelah dan sulit mengikuti perintah
 - g) Fokus pada dirinya sendiri
- 3) Perubahan-perubahan psikologis Kala III:¹²
- a) Ibu ingin melihat, menyentuh dan memeluk bayinya
 - b) Merasa gembira, lega dan bangga akan dirinya, juga merasa sangat lelah.
 - c) Memusatkan diri dan kerap bertanya apakah vaginanya perlu dijahit.
- 4) Perubahan-perubahan psikologis Kala IV:¹²
- a) Perasaan lelah, karena segenap energi psikis dan kemampuan jasmaninya dikonsentrasikan pada aktivitas melahirkan.

- b) Dirasakan emosi-emosi kebahagiaan dan kenikmatan karena terlepas dari kekuatan, kecemasan dan kesakitan. Meskipun sebenarnya rasa sakit masih ada. Rasa ingin tau yang kuat akan bayinya.
- c) Timbul reaksi-reaksi terhadap bayinya: rasa bangga sebagai wanita, istri dan ibu. Terharu, bersyukur pada maha kuasa dan sebagainya.

b. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi persalinan antara lain:

1) *Power* (Kekuatan)

Power adalah kekuatan atau tenaga yang mendorong janin keluar. Kekuatan tersebut meliputi:¹⁸

a) His (Kontraksi Uterus)

Adalah kekuatan kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Sifat his yang baik adalah kontraksi simetris, fundus dominan, terkoordinasi dan relaksasi. Walaupun his itu kontraksi yang fisiologis akan tetapi bertentangan dengan kontraksi fisiologis lainnya, bersifat nyeri. Tiap his dimulai sebagai gelombang dari salah satu sudut di mana tuba masuk ke dalam dinding uterus.

2) Tenaga Mengedan

Setelah pembukaan lengkap dan setelah selaput ketuban pecah atau dipecahkan, serta sebagian presentasi sudah berada di dasar panggul, sifat kontraksi berubah, yakni bersifat mendorong keluar dibantu dengan keinginan ibu untuk mengedan atau usaha volunteer.

2) *Passage* (Jalan Lahir)

Passage atau jalan lahir dibagi menjadi dua:

- a) Bagian keras : meliputi tulang panggul, ruang panggul, bidang hodge dan ukuran-ukuran panggul. Bagian-bagian tulang panggul :
 - (1) Os Ischium
 - (2) Os Pubis
 - (3) Os Sacrum
 - (4) Os Illium
 - (5) Os Cocsigis
 - b) Bagian-bagian bidang Hodge

Bidang panggul adalah bidang datar imajiner yang melintang terhadap panggul pada tempat yang berbeda. Bidang ini digunakan untuk menjelaskan proses persalinan. Bidang Hodge :

 - (1) Hodge I : Dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simfisis dan promontorium
 - (2) Hodge II : Sejajar dengan Hodge I setinggi pinggir bawah simfisis
 - (3) Hodge III : Sejajar dengan Hodge I dan II setinggi spina ischiadika kanan dan kiri
 - (4) Hodge IV : Sejajar Hodge I, II, dan III setinggi os coccygis.
 - c) Bagian lunak : meliputi diafragma pelvis dari dalam ke luar dan perineum.
- 3) *Passanger* (Janin dan Plasenta)
- a) Janin

Passanger atau janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melewati jalan lahir, maka dia dianggap sebagai bagian dari passanger yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan normal.

b) Plasenta

Plasenta merupakan organ yang luar biasa. Plasenta berasal dari lapisan trofoblas pada ovum yang dibuahi, lalu terhubung dengan sirkulasi ibu untuk melakukan fungsi-fungsi yang belum dapat dilakukan oleh janin itu sendiri selama kehidupan intrauterine. Keberhasilan janin untuk hidup tergantung atas keutuhan dan efisiensi plasenta.

4) Psikologis

Kelahiran bayi merupakan peristiwa penting bagi kehidupan seorang ibu dan keluarganya. Banyak ibu mengalami psikis (kecemasan, keadaan emosional wanita) dalam menghadapi persalinan, hal ini perlu diperhatikan oleh seseorang yang akan menolong persalinan.

Perasaan cemas, khawatir akan mempengaruhi hormone stress yang akan mengakibatkan komplikasi persalinan. Tetapi sampai saat ini hampir tidak ada catatan yang menyebutkan mengenai hormone stress terhadap fungsi uteri, juga tidak ada catatan mengenai hubungan antara kecemasan ibu, pengaruh lingkungan, hormone stress dan komplikasi persalinan. Namun demikian seorang penolong persalinan harus memperhatikan keadaan psikologis ibu yang akan melahirkan karena keadaan psikologis mempunyai pengaruh terhadap persalinan dan kelahiran.

5) Penolong

Penolong persalinan perlu kesiapan dan menerapkan asuhan sayang ibu. Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Beberapa prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikut sertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Banyak penelitian menunjukkan bahwa jika para ibu diperhatikan dan diberi dukungan selama persalinan dan

kelahiran bayi serta mengetahui dengan baik mengenai proses persalinan dan asuhan yang akan mereka terima, mereka akan mendapatkan rasa aman dan hasil yang lebih baik. Disebutkan pula bahwa hal tersebut diatas dapat mengurangi terjadinya persalinan dengan vakum, cunam, dan seksio sesar, dan persalinan berlangsung lebih cepat. Prinsip umum dari asuhan sayang ibu yang harus diikuti oleh bidan adalah :

- a) Rawat ibu dengan penuh hormat.
- b) Mendengarkan dengan penuh perhatian apa yang dikatakan ibu. Hormati pengetahuan dan pemahaman mengenai tubuhnya.
- c) Menghargai hak-hak ibu dan memberikan asuhan yang bermutu serta sopan.
- d) Memberikan asuhan dengan memperhatikan privasi.
- e) Selalu menjelaskan apa yang akan dikerjakan sebelum anda melakukannya serta meminta izin dahulu.
- f) Selalu mendiskusikan temuan-temuan kepada ibu, serta kepada siapa saja yang ia inginkan untuk berbagi informasi ini.
- g) Selalu mendiskusikan rencana dan intervensi serta pilihan yang sesuai dan tersedia bersama ibu.
- h) Mengizinkan ibu untuk memilih siapa yang akan menemaninya selama persalinan, kelahiran dan pasca salin.
- i) Mengizinkan ibu menggunakan posisi apa saja yang diinginkan selama persalinan dan kelahiran.
- j) Menghindari penggunaan suatu tindakan medis yang tidak perlu (episiotomy, pencukuran dan enema).
- k) Memfasilitasi hubungan dini antara ibu dan bayi baru lahir (Bouding and attachment).

c. Tahapan Persalinan

1) Kala I (Kala Pembukaan)

Inpartu ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah karena serviks mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler sekitar kanalis servikalis karena pergeseran-pergeseran, ketika serviks mendatar dan membuka.¹⁸

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks, hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan kala I dibagi menjadi dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif.¹⁸

- a) Fase Laten : dimana pembukaan serviks berlangsung lambat dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap sampai pembukaan 3 cm, berlangsung dalam 7-8 jam.
- b) Fase Aktif : pembukaan 4-10 cm, berlangsung selama 6 jam dan dibagi dalam 3 subfase, yaitu :
 - (1) Periode Akselerasi berlangsung selama 2 jam (pembukaan menjadi 4 cm)
 - (2) Periode Dilatasi Maksimal berlangsung selama 2 jam (pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm)
 - (3) Periode Deselerasi berlangsung lambat, dalam 2 jam (pembukaan jadi 10 cm atau lengkap).

Pada fase persalinan, frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih) dan terjadi penurunan bagian terbawah janin. Berdasarkan kurve Friedman, diperhitungkan pembukaan pada primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam.¹⁸

2) Kala II (Kala Pengeluaran)

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II pada

primigravida berlangsung selama 2 jam dan multigravida 1 jam.

Tanda gejala kala II yaitu :

- a) Pembukaan Lengkap (10cm)
- b) Ibu ingin meneran
- c) Perineum menonjol
- d) Vulva vagina dan sphincter anus membuka

3) Kala III (Kala Uri)

Kala III (Kala Uri) adalah periode persalinan yang dimulai dari lahirnya bayi sampai dengan lahirnya plasenta. Kala III persalinan terdiri atas dua fase, yaitu pelepasan plasenta dan ekspulsi (pengeluaran) plasenta.¹²

Segera setelah bayi dan air ketuban sudah tidak lagi berada di dalam uterus, kontraksi akan terus berlangsung dan ukuran rongga uterus akan mengecil. Pengurangan dalam ukuran uterus ini akan menyebabkan pengurangan dalam ukuran tempat melekatnya plasenta. Oleh karena tempat melekatnya plasenta tersebut menjadi lebih kecil, maka plasenta akan menjadi tebal atau mengerut dan memisahkan diri dari dinding uterus. Sebagian dari pembuluh-pembuluh darah yang kecil akan robek saat plasenta lepas. Tempat melekatnya plasenta akan berdarah terus hingga uterus seluruhnya berkontraksi. Setelah plasenta lahir, dinding uterus akan berkontraksi dan menekan semua pembuluh-pembuluh darah ini yang akan menghentikan perdarahan dari tempat melekatnya plasenta tersebut. Sebelum uterus berkontraksi, wanita tersebut bisa kehilangan darah 350-360 cc/menit dari tempat melekatnya plasenta tersebut. Uterus tidak bisa sepenuhnya berkontraksi hingga plasenta lahir dahulu seluruhnya. Oleh sebab itu, kelahiran yang cepat dari plasenta segera setelah ia melepaskan dari dinding uterus merupakan tujuan dari manajemen kebidanan dari kala III yang kompeten. Tanda-tanda pelepasan plasenta :¹²

- a) Perubahan ukuran dan bentuk uterus
- b) Uterus menjadi bundar dan uterus terdorong ke atas karena plasenta sudah terlepas dari Segmen Bawah Rahim
- c) Tali pusat memanjang
- d) Semburan darah tiba tiba

Langkah utama manajemen aktif kala III adalah :

- a) Pemberian suntikan oksitosin

Pemberian suntikan oksitosin dilakukan dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir. Namun perlu diperhatikan dalam pemberian suntikan oksitosin adalah memastikan tidak ada bayi lain (undiagnosed twin) di dalam uterus karena oksitosin dapat menyebabkan uterus berkontraksi yang dapat menurunkan pasokan oksigen pada bayi. Suntikan oksitosin dengan dosis 10 unit diberikan secara intramuskuler (IM) pada sepertiga bagian atas paha bagian luar (aspektus lateralis). Tujuan pemberian suntikan oksitosin dapat menyebabkan uterus berkontraksi dengan kuat dan efektif sehingga dapat membantu pelepasan plasenta dan mengurangi kehilangan darah.¹⁹

- b) Penegangan tali pusat terkendali

Klem pada tali pusat diletakkan sekitar 5-10 cm dari vulva dikarenakan dengan memegang tali pusat lebih dekat ke vulva akan mencegah evulsi tali pusat. Meletakkan satu tangan di atas simfisis pubis dan tangan yang satu memegang klem di dekat vulva. Tujuannya agar bisa merasakan uterus berkontraksi saat plasenta lepas. Segera setelah tanda-tanda pelepasan plasenta terlihat dan uterus mulai berkontraksi tegangkan tali pusat dengan satu tangan dan tangan yang lain (pada dinding abdomen) menekan uterus ke arah lumbal dan kepala ibu (dorso-kranial). Lakukan secara hati-hati untuk mencegah terjadinya inversio

uteri. Lahirkan plasenta dengan peregangannya yang lembut mengikuti kurva alamiah panggul (posterior kemudian anterior). Ketika plasenta tampak di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan mengangkat pusat ke atas dan menopang plasenta dengan tangan lainnya. Putar plasenta secara lembut hingga selaput ketuban terpilin menjadi satu.¹⁹

c) Masase fundus uteri

Masase fundus uteri segera setelah plasenta lahir, lakukan masase fundus uteri dengan tangan kiri sedangkan tangan kanan memastikan bahwa kotiledon dan selaput plasenta dalam keadaan lengkap. Periksa sisi maternal dan fetal. Periksa kembali uterus setelah satu hingga dua menit untuk memastikan uterus berkontraksi. Evaluasi kontraksi uterus setiap 15 menit selama satu jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama satu jam kedua pasca persalinan.¹⁹

4) Kala IV (Kala Pengawasan)

Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah proses tersebut. Setelah plasenta lahir tinggi fundus uteri kurang lebih 2 jari dibawah pusat. Otot-otot uterus berkontraksi, pembuluh darah yang ada diantara anyaman-anyaman otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta dilahirkan. Pada fase ini perlu pemantauan intensif yaitu pemantauan 15 menit pada jam pertama setelah kelahiran plasenta, 30 menit pada jam kedua setelah persalinan, jika kondisi ibu tidak stabil, perlu dipantau lebih sering. Pemantauan atau observasi yang harus dilakukan pada kala IV yaitu: tingkat kesadaran, pemeriksaan tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi dan pernapasan), kontraksi uterus, tinggi fundus uterus, kandung kemih, terjadinya perdarahan (perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400-500

cc).¹²

d. Mekanisme Persalinan

1) *Engagement*

Engagement pada primigravida terjadi pada bulan terakhir kehamilan sedangkan pada multigravida dapat terjadi pada awal persalinan. Engagement adalah peristiwa ketika diameter biparetal (jarak antara dua paretal) melewati pintu atas panggul dengan sutura sagitalis melintang atau oblik di dalam jalan lahir dan sedikit fleksi. Masuknya kepala akan mengalami kesulitan bila saat masuk ke dalam panggul dengan sutura sagitalis dalam antero posterior. Jika kepala masuk kedalam pintu atas panggul dengan sutura sagitalis melintang di jalan lahir, tulang parietal kanan dan kiri sama tinggi, maka keadaan ini disebut sinklitismus. Kepala pada saat melewati pintu atas panggul dapat juga dalam keadaan dimana sutura sagitalis lebih dekat ke promontorium atau ke simfisis maka hal ini disebut asinklitismus.²⁰

2) Penurunan kepala

Dimulai sebelum persalinan/inpartu. Penurunan kepala terjadi bersamaan dengan mekanisme lainnya. Kekuatan yang mendukung yaitu tekanan cairan amnion, tekanan langsung fundus pada bokong, kontraksi otot-otot abdomen, dan ekstensi dan pelurusan badan janin atau tulang belakang janin.¹³

3) Fleksi

Fleksi kepala janin memasuki ruang panggul dengan ukuran yang paling kecil yaitu dengan diameter suboccipito bregmatikus (9,5 cm) menggantikan suboccipito frontalis (11 cm). Fleksi disebabkan karena janin didorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir PAP, cervix, dinding panggul atau dasar panggul. Akibat adanya dorongan di atas kepala janin menjadi fleksi karena moment yang menimbulkan

fleksi lebih besar dari pada moment yang menimbulkan defleksi. Sampai di dasar panggul kepala janin berada dalam posisi fleksi maksimal. Kepala turun menemui diafragma pelvis yang berjalan dari belakang atas ke bawah depan. Akibat kombinasi elastisitas diafragma pelvis dan tekanan intra uterin yang disebabkan oleh his yang berulang-ulang, kepala mengadakan rotasi yang disebut sebagai putaran paksi dalam.¹³

4) Rotasi dalam (Putaran Paksi Dalam)

Putaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan ke bawah symphysis. Pada presentasi belakang kepala bagian terendah adalah daerah ubun-ubun kecil dan bagian ini akan memutar ke depan ke bawah symphysis. Putaran paksi dalam mutlak diperlukan untuk kelahiran kepala, karena putaran paksi merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul. Putaran paksi dalam terjadi bersamaan dengan majunya kepala dan tidak terjadi sebelum kepala sampai di Hodge III, kadang-kadang baru terjadi setelah kepala sampai di dasar panggul. Sebab-sebab terjadinya putaran paksi dalam, yaitu :¹³

- a) Pada letak fleksi, bagian kepala merupakan bagian terendah dari kepala janin
- b) Bagian terendah dari kepala mencari tahanan yang paling sedikit terdapat sebelah depan atas dimana terdapat hiatus genitilis antara musculus levator ani kiri dan kanan
- c) Ukuran terbesar dari bidang tengah panggul ialah diameter anteroposterior

5) Ekstensi

Setelah putaran paksi dalam selesai dan kepala sampai di dasar panggul, terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala. Hal ini

disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan di atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk dapat melewati pintu bawah panggul. Dalam rotasi ubun-ubun kecil akan berputar ke arah depan, sehingga di dasar panggul ubun-ubun kecil berada di bawah simfisis, dengan suboksiput sebagai hipomoklion kepala mengadakan gerakan defleksi untuk dapat dilahirkan. Pada saat ada his vulva akan lebih membuka dan kepala janin makin tampak. Perineum menjadi makin lebar dan tipis, anus membuka dinding rektum. Dengan kekuatan his dan kekuatan mengejan, maka berturut-turut tampak bregmatikus, dahi, muka, dan akhirnya dagu dengan gerakan ekstensi. Sesudah kepala lahir, kepala segera mengadakan rotasi, yang disebut putaran paksi luar.¹³

6) Rotasi Luar (Putaran Paksi Luar)

Putaran paksi luar merupakan gerakan memutar ubun-ubun kecil ke arah punggung janin, bagian belakang kepala berhadapan dengan tuber ischiadikum kanan atau kiri, sedangkan muka janin menghadap salah satu paha ibu. Bila ubun-ubun kecil pada mulanya disebelah kiri maka ubun-ubun kecil akan berputar ke arah kiri, bila pada mulanya ubun-ubun kecil disebelah kanan maka ubun-ubun kecil berputar ke kanan. Gerakan rotasi luar atau putar paksi luar ini menjadikan diameter biakromial janin searah dengan diameter anteroposterior pintu bawah panggul, dimana satu bahu anterior di belakang simpisis dan bahu yang satunya di bagian posterior dibelakang perineum. Sutura sagitalis kembali melintang.¹³

7) Ekspulsi

Setelah terjadinya rotasi luar, bahu depan berfungsi sebagai hypomochlion untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian setelah kedua bahu lahir disusul lahirlah trochanter depan dan belakang sampai lahir janin seluruhnya. Gerakan kelahiran bahu

depan, bahu belakang dan seluruhnya.¹³

4. Konsep Dasar Teori Nifas

a. Definisi

Masa nifas berasal dari bahasa latin, yaitu *puer* artinya bayi dan *parous* artinya melahirkan atau masa sesudah melahirkan. Asuhan kebidanan masa nifas adalah penatalaksanaan asuhan yang diberikan pada pasien mulai dari saat setelah lahirnya bayi sampai dengan kembalinya tubuh dalam keadaan seperti sebelum hamil atau mendekati keadaan sebelum hamil.²⁰

Masa Nifas dimulai setelah 2 jam postpartum dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, biasanya berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan baik secara fisiologi maupun psikologis akan pulih dalam waktu 3 bulan. Masa nifas dibagi dalam 4 tahap, yaitu:²⁰

1) Periode *immediate postpartum*

Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masa ini merupakan fase kritis, sering terjadi insiden perdarahan postpartum karena atonia uteri. Oleh karena itu, bidan perlu melakukan pemantauan secara kontinu, yang meliputi; kontraksi uterus, pengeluaran lochea, kandung kemih, tekanan darah dan suhu.

2) Periode *early postpartum* (>24 jam-1 minggu)

Pada fase ini bidan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lochea tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik.

3) Periode *late postpartum* (>1 minggu-6 minggu)

Pada periode ini bidan tetap melakukan asuhan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling perencanaan KB.

4) *Remote puerperium*

Remote puerperium adalah waktu yang diperlukan untuk pulih

dan sehat terutama bila selama hamil atau bersalin memiliki penyulit atau komplikasi.

b. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Perubahan-perubahan fisiologis yang terjadi pada masa nifas meliputi hal-hal berikut ini :

1) Perubahan pada system reproduksi

a) Involusi

Involusi adalah kembalinya uterus pada ukuran, tonus dan posisi sebelum hamil. Mekanisme involusi uterus :¹⁷

- (1) *Iskemia miometrium*, hal ini disebabkan oleh kontraksi dan *retraksi* yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta sehingga membuat *uterus* menjadi relatif *anemi* dan menyebabkan serat otot *atrofi*.
- (2) *Atrofi* jaringan yang terjadi sebagai reaksi penghentian hormon *estrogen* saat pelepasan *plasenta*.
- (3) *Autolisis*, merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot *uterus*. Enzim *proteolitik* akan memendekkan jaringan otot yang telah mengendur hingga panjangnya 10 kali panjang sebelum hamil dan lebarnya 5 kali lebih lebar sebelum hamil yang terjadi selama kehamilan. Proses *autolisis* ini terjadi karena penurunan hormon *estrogen* dan *progesteron*.
- (4) Efek Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot *uterus* sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi suplai darah pada tempat *implantasi plasenta* serta mengurangi perdarahan.

Dalam keadaan normal berat *uterus* setelah kelahiran kurang lebih 1 kg sebagai akibat *involusi*. Satu minggu setelah melahirkan beratnya menjadi kurang lebih 500 gram, pada

akhir minggu kedua setelah persalinan menjadi kurang lebih 300 gram, setelah itu menjadi 100 gram atau kurang.²¹

Tabel 1 Involusi Uteri

<i>Involusi Uteri</i>	<i>Tinggi Fundus Uteri</i>	<i>Berat Uterus</i>	<i>Diameter Uterus</i>
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gram	12,5 cm
7 hari (minggu 1)	Pertengahan pusat dan simpisis	500 gram	7,5 cm
14 hari (minggu 2)	Tidak teraba	350 gram	5 cm
6 minggu	Normal	60 gram	2,5 cm

b) Pengeluaran lochea dan pengeluaran pervaginam

Lochea berasal dari bahasa latin, yang digunakan untuk menggambarkan perdarahan pervaginam setelah persalinan. Macam-macam lochea :²¹

(1) Lochea rubra (crueanta)

Berwanrna merah karena berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks caseosa, lanugo, dan mekoneum selama 2 hari pasca persalinan.

(2) Lochea sanguilenta

Berwarna merah kuning berisi darah dan lendir yang keluar pada hari ke-3 sampai ke-7 pasca persalinan.

(3) Lochea serosa

Lochea ini bentuk serum dan berwarna merah jambu kemudian menjadi kuning. Cairan tidak berdarah lagi pada hari ke-7 sampai hari ke-14 pasca persalinan.

(4) Lochea alba

Dimulai dari hari ke-14, berbentuk seperti cairan putih

serta terdiri atas leukosit dan sel-sel desidua.

Selain lochea diatas, ada jenis lochea yang tidak normal, yaitu:²¹

(1) Lochea purulenta : ini terjadi karena infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.

(2) Lochea astasis : lochea tidak lancar keluarnya.

c) Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Setelah persalinan, ostium uteri eksterna dapat dimasuki oleh 2 hingga 3 jari tangan, setelah 6 minggu persalinan serviks akan menutup.²¹

d) Vulva, vagina dan perineum

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta perenggangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu postpartum, vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae pada vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali. Himen tampak sebagai carunculae mirtyformis, yang khas pada ibu multipara.²¹

Ukuran vagina agak sedikit lebih besar dari sebelum persalinan. Perubahan pada perineum postpartum terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan ataupun dilakukan episiotomi dengan indikasi tertentu. Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu. Hal ini dapat dilakukan pada masa nifas dengan latihan atau senam nifas.²¹

6) Perubahan pada tanda-tanda vital

Frekuensi nadi ibu secara fisiologis pada kisaran 60-80 kali

permenit. Perubahan nadi yang menunjukkan frekuensi bradikardi (100 kali permenit) menunjukkan adanya tanda shock atau perdarahan. Frekuensi dan intensitas nadi merupakan tanda vital yang sensitif terhadap adanya perubahan keadaan umum ibu. Perubahan suhu secara fisiologis terjadi pada masa segera setelah persalinan, yaitu terdapat sedikit kenaikan suhu tubuh pada kisaran $0,2-0,5^{\circ}\text{C}$, dikarenakan aktivitas metabolisme yang meningkat saat persalinan, dan kebutuhan kalori yang meningkat saat persalinan. Perubahan suhu tubuh berada pada kisaran $36,5^{\circ}\text{C}-37,5^{\circ}\text{C}$. Namun kenaikan suhu tubuh tidak mencapai 38°C , karena hal ini sudah menandakan adanya tanda infeksi. Perubahan suhu tubuh ini hanya terjadi beberapa jam setelah persalinan, setelah ibu istirahat dan mendapat asupan nutrisi serta minum yang cukup, maka suhu tubuh akan kembali normal.²¹

Setelah kelahiran bayi, harus dilakukan pengukuran tekanan darah. Jika ibu tidak memiliki riwayat morbiditas terkait hipertensi, superimposed hipertensi serta preeklamsi/eklamsi, maka biasanya tekanan darah akan kembali pada kisaran normal dalam waktu 24 jam setelah persalinan. Pada keadaan normal, frekuensi pernapasan relatif tidak mengalami perubahan pada masa postpartum, berkisar pada frekuensi pernapasan orang dewasa 12-16 kali permenit.²¹

7) Perubahan pada sistem kardiovaskuler

Perubahan volume darah bergantung pada beberapa faktor, misalnya kehilangan darah selama melahirkan dan mobilisasi, serta pengeluaran cairan ekstrasvaskular (edema fisiologis). Kehilangan darah merupakan akibat penurunan volume darah total yang cepat, tetapi terbatas. Setelah itu terjadi perpindahan normal cairan tubuh yang menyebabkan volume darah menurun dengan lambat. Pada minggu ke-3 dan ke-4 setelah bayi lahir,

volume darah biasanya menurun sampai mencapai volume darah sebelum hamil.²¹

Pada persalinan pervaginam, ibu kehilangan darah sekitar 300-400 cc. Pada persalinan dengan tindakan SC, maka kehilangan darah dapat dua kali lipat. Perubahan pada sistem kardiovaskuler terdiri atas volume darah (blood volume) dan hematokrit (haemoconcentration). Pada persalinan pervaginam, hematokrit akan naik sedangkan pada persalinan dengan SC, hematokrit cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu postpartum. Tiga perubahan fisiologi sistem kardiovaskuler pascapartum yang terjadi pada wanita antara lain sebagai berikut: ²¹

- a) Hilangnya sirkulasi uteroplasenta yang mengurangi ukuran pembuluh darah maternal 10-15%.
- b) Hilangnya fungsi endokrin placenta yang menghilangkan stimulus vasodilatasi.
- c) Terjadinya mobilisasi air ekstrasvaskular yang disimpan selama wanita hamil.

Denyut jantung, volume dan curah jantung meningkat sepanjang masa hamil. Segera setelah wanita melahirkan, keadaan ini meningkat bahkan lebih tinggi selama 30-60 menit karena darah yang biasanya melintasi sirkulasi uteroplasenta tiba-tiba kembali ke sirkulasi umum. Nilai ini meningkat pada semua jenis kelahiran. Curah jantung biasanya tetap naik dalam 24-48 jam postpartum dan menurun ke nilai sebelum hamil dalam 10 hari. Frekuensi jantung berubah mengikuti pola ini. Resistensi vaskuler sistemik mengikuti secara berlawanan. Nilainya tetap di kisaran terendah nilai pada masa kehamilan selama 2 hari postpartum dan kemudian meningkat ke nilai normal sebelum hamil. ²¹

Perubahan faktor pembekuan darah yang disebabkan

kehamilan menetap dalam jangka waktu yang bervariasi selama nifas. Peningkatan fibrinogen plasma dipertahankan minimal melewati minggu pertama, demikian juga dengan laju endap darah. Kehamilan normal dihubungkan dengan peningkatan cairan ekstraseluler yang cukup besar, dan diuresis postpartum merupakan kompensasi yang fisiologis untuk keadaan ini. Ini terjadi teratur antara hari ke-2 dan ke-5 dan berkaitan dengan hilangnya hipervolemia kehamilan residual. Pada preeklamsi, baik retensi cairan antepartum maupun diuresis postpartum dapat sangat meningkat.²¹

8) Perubahan pada sistem hematologi

Pada hari pertama postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas, dan juga terjadi peningkatan faktor pembekuan darah serta terjadi leukositosis dimana jumlah sel darah putih dapat mencapai 15.000 selama persalinan dan akan tetap tinggi dalam beberapa hari pertama dari masa postpartum. Jumlah sel darah putih tersebut masih bisa naik lagi hingga 25.000-30.000, terutama pada ibu dengan riwayat persalinan lama. Kadar hemoglobin, hematokrit, dan eritrosit akan sangat bervariasi pada awal-awal masa postpartum sebagai akibat dari volume placenta dan tingkat volume darah yang berubah-ubah. Semua tingkatan ini akan dipengaruhi oleh status gizi dan hidrasi ibu. Kira-kira selama persalinan normal dan masa postpartum terjadi kehilangan darah sekitar 250-500 ml. Penurunan volume dan peningkatan sel darah merah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematokrit dan hemoglobin pada hari ke-3 sampai 7 postpartum dan akan kembali normal dalam 4 sampai 5 minggu postpartum.²²

Selama kehamilan, secara fisiologi terjadi peningkatan kapasitas pembuluh darah digunakan untuk menampung aliran

darah yang meningkat, yang diperlukan oleh placenta dan pembuluh darah uteri. Penarikan kembali estrogen menyebabkan diuresis yang terjadi secara cepat sehingga mengurangi volume plasma kembali pada proporsi normal. Aliran ini terjadi dalam 2-4 jam pertama setelah kelahiran bayi. Selama masa ini, ibu mengeluarkan banyak sekali jumlah urine. Menurunnya hingga menghilangnya hormon progesteron membantu mengurangi retensi cairan yang melekat dengan meningkatnya vaskuler pada jaringan tersebut selama kehamilan bersama-sama dengan trauma masa persalinan. Setelah persalinan, shunt akan hilang dengan tiba-tiba. Volume darah ibu relatif akan bertambah. Keadaan ini akan menyebabkan beban pada jantung meningkat. Keadaan ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan adanya haemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sedia kala. Umumnya, ini akan terjadi pada 3-7 hari post partum. Pada sebagian besar ibu, volume darah hampir kembali pada keadaan semula sebelum 1 minggu postpartum.²²

9) Perubahan pada sistem pencernaan

Sistem pencernaan selama kehamilan dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya tingginya kadar progesteron yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolestrol darah, dan melambatkan kontraksi otot-otot polos. Pasca melahirkan, kadar progesteron juga mulai menurun. Namun demikian, faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal. Beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan pada sistem pencernaan, antara lain:²²

a) Nafsu Makan

Pasca melahirkan biasanya ibu merasa lapar, karena metabolisme ibu meningkat saat proses persalinan, sehingga ibu dianjurkan untuk meningkatkan konsumsi makanan,

termasuk mengganti kalori, energi, darah dan cairan yang telah dikeluarkan selama proses persalinan. Ibu dapat mengalami perubahan nafsu makan. Pemulihan nafsu makan diperlukan waktu 3–4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesteron menurun setelah melahirkan, asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari.

b) Motilitas

Secara fisiologi terjadi penurunan tonus dan motilitas otot traktus pencernaan menetap selama waktu yang singkat beberapa jam setelah bayi lahir, setelah itu akan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Pada postpartum SC dimungkinkan karena pengaruh analgesia dan anastesia bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal.

c) Pengosongan Usus

Pasca melahirkan, ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa pascapartum. Pada keadaan terjadi diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang asupan nutrisi, dehidrasi, hemoroid ataupun laserasi jalan lahir, meningkatkan terjadinya konstipasi postpartum. Sistem pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu beberapa hari untuk kembali normal. Beberapa cara agar ibu dapat buang air besar kembali teratur, antara lain pengaturan diet yang mengandung serat buah dan sayur, cairan yang cukup, serta pemberian informasi tentang perubahan eliminasi dan penatalaksanaanya pada ibu.

d) Perubahan pada sistem musculoskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah persalinan. Pembuluh-pembuluh darah yang berada di antara anyaman

otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah placenta dilahirkan. Ligamen-ligamen, diafragma pelvis, serta fascia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi pulih kembali ke ukuran normal. Pada sebagian kecil kasus uterus menjadi retrofleksi karena ligamentum retundum menjadi kendur. Tidak jarang pula wanita mengeluh kandungannya turun. Setelah melahirkan karena ligamen, fascia, dan jaringan penunjang alat genitalia menjadi kendur. Stabilitas secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan. Sebagai akibat putusnya serat-serat kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada waktu hamil, dinding abdomen masih agak lunak dan kendur untuk sementara waktu. Untuk memulihkan kembali jaringan-jaringan penunjang alat genitalia, serta otot-otot dinding perut dan dasar panggul, dianjurkan untuk melakukan latihan atau senam nifas, bisa dilakukan sejak 2 hari post partum.²²

e) Perubahan pada sistem endokrin

Setelah melahirkan, sistem endokrin kembali kepada kondisi seperti sebelum hamil. Hormon kehamilan mulai menurun segera setelah plasenta lahir. Penurunan hormon estrogen dan progesteron menyebabkan peningkatan prolaktin dan menstimulasi air susu. Perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu setelah melahirkan melibatkan perubahan yang progresif atau pembentukan jaringan-jaringan baru. Selama proses kehamilan dan persalinan terdapat perubahan pada sistem endokrin, terutama pada hormon-hormon yang berperan dalam proses tersebut. Berikut ini perubahan hormon dalam sistem endokrin pada masa postpartum :²²

1) Oksitosin

Oksitosin disekresikan dari kelenjar hipofisis posterior. Pada tahap kala III persalinan, hormon oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan. Hisapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan meningkatkan sekresi oksitosin, sehingga dapat membantu uterus kembali ke bentuk normal.

2) Prolaktin

Menurunnya kadar estrogen menimbulkan terangsangnya kelenjar hipofisis posterior untuk mengeluarkan prolaktin. Hormon ini berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi ASI. Pada ibu yang menyusui bayinya, kadar prolaktin tetap tinggi sehingga memberikan umpan balik negatif, yaitu pematangan folikel dalam ovarium yang ditekan. Pada wanita yang tidak menyusui tingkat sirkulasi prolaktin menurun dalam 14 sampai 21 hari setelah persalinan, sehingga merangsang kelenjar gonad pada otak yang mengontrol ovarium untuk memproduksi estrogen dan progesteron yang normal, pertumbuhan folikel, maka terjadilah ovulasi dan menstruasi.

f) Estrogen dan progesterone

Selama hamil volume darah normal meningkat, diperkirakan bahwa tingkat kenaikan hormon estrogen yang tinggi memperbesar hormon antidiuretik yang meningkatkan volume darah. Disamping itu, progesteron mempengaruhi otot halus yang mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah yang sangat mempengaruhi saluran kemih, ginjal, usus, dinding vena, dasar panggul, perineum, vulva serta

vagina.

g) Hormon plasenta

Human chorionic gonadotropin (HCG) menurun dengan cepat setelah persalinan dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke 7 postpartum. Enzyme insulinas berlawanan efek diabetogenik pada saat penurunan hormon human placenta lactogen (HPL), estrogen dan kortisol, serta placenta kehamilan, sehingga pada masa postpartum kadar gula darah menurun secara bermakna. Kadar estrogen dan progesteron juga menurun secara bermakna setelah plasenta lahir, kadar terendahnya dicapai kira-kira satu minggu postpartum. Penurunan kadar estrogen berkaitan dengan diuresis ekstraseluler berlebih yang terakumulasi selama masa hamil. Pada wanita yang tidak menyusui, kadar estrogen mulai meningkat pada minggu ke 2 setelah melahirkan dan lebih tinggi dari ibu yang menyusui pada postpartum hari ke 17.

h) Hormon hipofisis dan fungsi ovarium

Waktu mulainya ovulasi dan menstruasi pada ibu menyusui dan tidak menyusui berbeda. Kadar prolaktin serum yang tinggi pada wanita menyusui berperan dalam menekan ovulasi karena kadar hormon FSH terbukti sama pada ibu menyusui dan tidak menyusui, di simpulkan bahwa ovarium tidak berespon terhadap stimulasi FSH ketika kadar prolaktin meningkat. Kadar prolaktin meningkat secara progresif sepanjang masa hamil. Pada ibu menyusui kadar prolaktin tetap meningkat sampai minggu ke 6 setelah melahirkan. Kadar prolaktin serum dipengaruhi oleh intensitas menyusui, durasi menyusui dan seberapa banyak

makanan tambahan yang diberikan pada bayi, karena menunjukkan efektifitas menyusui. Untuk ibu yang menyusui dan tidak menyusui akan mempengaruhi lamanya ia mendapatkan menstruasi. Sering kali menstruasi pertama itu bersifat anovulasi yang dikarenakan rendahnya kadar estrogen dan progesteron. Di antara wanita laktasi sekitar 15% memperoleh menstruasi selama 6 minggu dan 45% setelah 12 minggu dan 90% setelah 24 minggu. Untuk wanita laktasi, 80% menstruasi pertama anovulasi dan untuk wanita yang tidak laktasi, 50% siklus pertama anovulasi.

10) Perubahan pada payudara

Pada saat kehamilan sudah terjadi pembesaran payudara karena pengaruh peningkatan hormon estrogen, untuk mempersiapkan produksi ASI dan laktasi. Payudara menjadi besar ukurannya bisa mencapai 800 gr, keras dan menghitam pada areola mammae di sekitar puting susu, ini menandakan dimulainya proses menyusui. Segera menyusui bayi setelah melahirkan melalui proses inisiasi menyusui dini (IMD), walaupun ASI belum keluar lancar, namun sudah ada pengeluaran kolostrum.²⁰

Proses IMD ini dapat mencegah perdarahan dan merangsang produksi ASI. Pada hari ke 2 hingga ke 3 postpartum sudah mulai diproduksi ASI matur yaitu ASI berwarna. Pada semua ibu yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Fisiologi menyusui mempunyai dua mekanisme fisiologis yaitu produksi ASI dan sekresi ASI atau let down reflex.

Selama kehamilan, jaringan payudara tumbuh dan menyiapkan fungsinya untuk menyediakan makanan bagi bayi baru lahir. Setelah melahirkan, ketika hormon yang dihasilkan plasenta tidak ada lagi, maka terjadi positive feed back hormone

(umpan balik positif), yaitu kelenjar pituitary akan mengeluarkan hormon prolaktin (hormon laktogenik). Sampai hari ketiga setelah melahirkan, efek prolaktin pada payudara mulai bisa dirasakan. Pembuluh darah payudara menjadi membesar terisi darah, sehingga timbul rasa hangat. Sel-sel acini yang menghasilkan ASI juga mulai berfungsi. Ketika bayi menghisap putting, reflek saraf merangsang kelenjar posterior hipofisis untuk mensekresi hormon oksitosin. Oksitosin merangsang reflek let down sehingga menyebabkan ejeksi ASI melalui sinus laktiferus payudara ke duktus yang terdapat pada putting.²²

7) Perubahan pada sistem eliminasi

Pasca persalinan terdapat peningkatan kapasitas kandung kemih, pembengkakan dan trauma jaringan sekitar uretra yang terjadi selama proses melahirkan. Untuk postpartum dengan tindakan SC, efek konduksi anestesi yang menghambat fungsi neural pada kandung kemih. Distensi yang berlebihan pada kandung kemih dapat mengakibatkan perdarahan dan kerusakan lebih lanjut. Pengosongan kandung kemih harus diperhatikan. Kandung kemih biasanya akan pulih dalam waktu 5-7 hari pasca melahirkan, sedangkan saluran kemih secara keseluruhan akan pulih dalam waktu 2-8 minggu tergantung pada keadaan umum ibu atau status ibu sebelum persalinan, lamanya kala II yang dilalui, besarnya tekanan kepala janin saat intrapartum. Dinding kandung kencing pada ibu postpartum memperlihatkan adanya oedem dan hyperemia. Kadang-kadang oedema trigonum, menimbulkan abstraksi dari uretra sehingga terjadi retensio urine.

Kandung kencing dalam masa nifas kurang sensitif dan kapasitasnya bertambah, sehingga kandung kencing penuh atau sesudah kencing masih tertinggal urine residual (normal + 15 cc). Sisa urine dan trauma pada kandung kencing waktu persalinan memudahkan terjadinya infeksi. Dilatasi ureter dan pyelum

normal dalam waktu 2 minggu. Urine biasanya berlebihan (poliuri) antara hari kedua dan kelima, hal ini disebabkan karena kelebihan cairan sebagai akibat retensi air dalam kehamilan dan sekarang dikeluarkan.

Kadang-kadang hematuri akibat proses katalitik involusi. Acetonuri terutama setelah partus yang sulit dan lama yang disebabkan pemecahan karbohidrat dan lemak untuk menghasilkan energi, karena kegiatan otot-otot rahim meningkat. Terjadi proteinuri akibat dari autolisis sel-sel otot. Pada masa hamil, perubahan hormonal yaitu kadar steroid tinggi yang berperan meningkatkan fungsi ginjal. Begitu sebaliknya, pada pasca melahirkan kadar steroid menurun sehingga menyebabkan penurunan fungsi ginjal.²¹

Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12 – 36 jam sesudah melahirkan. Buang air kecil sering sulit selama 24 jam pertama. Kemungkinan terdapat spasme sfingter dan edema leher buli-buli ureter, karena bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12 – 36 jam sesudah melahirkan. Setelah plasenta dilahirkan, kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan ini menyebabkan diuresis. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam tempo 6 minggu.

c. Perubahan Psikologis Masa Nifas

Periode kehamilan, persalinan, dan pascanatal merupakan masa terjadinya stress yang hebat, kecemasan, gangguan emosi, dan penyesuaian diri. Periode postpartum menyebabkan stress emosional terhadap ibu baru, bahkan lebih menyulitkan bila terjadi perubahan fisik yang hebat. Menurut Reva Rubin, terdapat tiga fase

dalam masa adaptasi peran pada masa nifas, yaitu:

1) Masa *Taking In*

Terjadi pada hari pertama dan kedua setelah melahirkan. Ibu baru pada umumnya pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya. Ibu akan mengulang-ulang menceritakan pengalamannya waktu melahirkan. Pada saat ini, ibu memerlukan istirahat yang cukup agar ibu dapat menjalani masa nifas selanjutnya dengan baik. Ibu juga memerlukan nutrisi yang lebih untuk mempercepat pemulihan dan penyembuhan luka, serta persiapan proses laktasi aktif.

2) Masa *Taking Hold*

Berlangsung pada 3-10 hari postpartum. ibu lebih berkonsentrasi pada kemampuannya dalam menerima tanggung jawab sepenuhnya terhadap perawatan bayi. Ibu berusaha keras untuk menguasai keterampilan perawatan bayi, misalnya menggendong, memandikan, memasang popok, dan sebagainya. Pada masa ini ibu agak sensitif dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal-hal tersebut, cenderung menerima nasihat bidan, karena ia terbuka untuk menerima pengetahuan dan kritikan yang bersifat pribadi. Pada tahap ini bidan penting memperhatikan perubahan yang mungkin terjadi dengan memperhatikan komunikasi yang tidak menyinggung perasaan ibu yang membuat tidak nyaman.

3) Masa *Letting Go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu mengambil langsung tanggung jawab dalam merawat bayinya, dia harus menyesuaikan diri dengan tuntutan ketergantungan bayinya dan terhadap interaksi sosial. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini.

Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan adaptasi pada masa transisi menuju masa menjadi orang tua pada saat post partum, antara lain:

a) Respon dan dukungan keluarga dan teman

Bagi ibu post partum, apalagi pada ibu yang baru pertama kali melahirkan akan sangat membutuhkan dukungan orang-orang terdekatnya, karena ibu belum sepenuhnya berada pada kondisi stabil, baik fisik maupun psikologisnya. Ibu masih sangat asing dengan perubahan peran barunya yang begitu dramatis terjadi dalam waktu yang begitu cepat, yaitu peran sebagai seorang “ibu”. Dengan respon positif dari lingkungan terdekatnya, akan mempercepat proses adaptasi peran ini sehingga akan memudahkan bagi bidan untuk memberikan asuhan pada ibu postpartum dengan optimal.

b) Hubungan dari pengalaman melahirkan terhadap harapan dan aspirasi

Hal yang dialami oleh ibu ketika melahirkan akan sangat mewarnai alam perasaannya terhadap perannya sebagai ibu. Ibu akhirnya menjadi tahu bahwa masa transisi terkadang begitu berat untuk dilalui dan hal tersebut akan memperkaya pengalaman hidupnya untuk lebih dewasa. Banyak kasus terjadi, setelah seorang ibu melahirkan anaknya yang pertama, ibu akan bertekad untuk lebih meningkatkan kualitas hubungannya dengan ibunya, karena baru menyadari dengan nyata ternyata pengalaman menjadi ibu adalah tugas yang luar biasa dan mempunyai tanggung jawab yang berat. Ibu mulai merefleksikan pada dirinya bahwa apa yang dialami orang tuanya terdahulu, terutama ibunya adalah sama dengan yang dialaminya sekarang.

- c) Pengalaman melahirkan dan membesarkan anak yang lalu atau terdahulu

Walaupun kali ini adalah bukan lagi pengalamannya yang pertama melahirkan bayinya, namun kebutuhan untuk mendapatkan dukungan positif dari lingkungannya tidak berbeda dengan ibu yang baru melahirkan anak pertama. Hanya perbedaannya adalah teknik penyampaian dukungan yang diberikan lebih kepada support dan apresiasi dari keberhasilannya dalam melewati saat-saat sulit pada persalinannya yang lalu.

- d) Pengaruh budaya

Adanya adat istiadat yang dianut oleh lingkungan dan keluarga sedikit banyak akan mempengaruhi keberhasilan ibu dalam melewati saat transisi ini. Apalagi jika hal yang tidak sinkron atau berbeda antara arahan dari tenaga kesehatan dengan budaya yang dianut. Dalam hal ini, bidan harus bijaksana dalam menyikapi, namun tidak mengurangi kualitas asuhan kebidanan yang harus diberikan. Keterlibatan keluarga dari awal dalam menentukan bentuk asuhan dan perawatan yang harus diberikan pada ibu dan bayi akan memudahkan bidan dalam pemberian asuhan.

- d. Ketidaknyamanan dan Cara Pemulihan dalam Masa Nifas

Ketidaknyaman pada ibu nifas dapat menyebabkan distress fisik yang bermakna. Terdapat beberapa ketidaknyaman, hal itu bisa dianggap normal. Ketidaknyamanan itu berupa:

- 1) Nyeri setelah melahirkan

Nyeri setelah melahirkan disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus yang berurutan yang terjadi secara terus menerus. Nyeri ini lebih umum terjadi pada paritas tinggi dan pada wanita menyusui. Alasan nyeri yang lebih berat pada

wanita dengan paritas tinggi adalah penurunan tonus otot uterus secara bersamaan, menyebabkan relaksasi intermiten. Berbeda pada wanita primipara yang tonus ototnya masih kuat dan uterus tetap berkontraksi tanpa relaksasi intermiten. Pada wanita menyusui, isapan bayi menstimulasi produksi oksitosin oleh hipofise posterior. Pelepasan oksitosin tidak hanya memicu refleks let down (pengeluaran ASI) pada payudara, tetapi juga menyebabkan kontraksi uterus. Nyeri setelah melahirkan akan hilang jika uterus tetap berkontraksi dengan baik saat kandung kemih kosong. Kandung kemih yang penuh mengubah posisi uterus ke atas, menyebabkan relaksasi dan kontraksi uterus lebih nyeri.²³

Nyeri setelah melahirkan Beberapa wanita merasa nyerinya cukup berkurang dengan mengubah posisi tubuhnya menjadi telungkup dengan meletakkan bantal atau gulungan selimut di bawah abdomen. Kompresi uterus yang konstan pada posisi ini dapat mengurangi kram secara signifikan. Analgesia efektif bagi sebagian besar wanita yang kontraksinya sangat nyeri, seperti tylenol, ibuprofen.²³

2) Keringat berlebih

Wanita postpartum mengeluarkan keringat berlebihan karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan normal cairan intraselular selama kehamilan. Cara menguranginya sangat sederhana yaitu dengan membuat kulit tetap bersih dan kering. Keringat berlebih Keringat berlebihan selama masa nifas dapat dikurangi dengan cara menjaga kulit tetap bersih, kering dan menjaga hidrasi yaitu minum segelas air setiap satu jam pada kondisi tidak tidur.

3) Masalah Payudara

ASI memiliki kandungan gizi beragam dan lengkap.

Kandungan utama ASI sebanyak 88% adalah air. Jumlah ini cukup untuk memenuhi kebutuhan cairan pada bayi. Secara anatomis, setiap kelenjar mammae yang matang atau payudara terdiri dari 15 sampai 25 lobus. Payudara (mammae) adalah kelenjar yang terletak dibawah kulit, diatas otot dada dan fungsinya memproduksi susu untuk nutrisi bayi. Ada tiga bagian utama payudara, yaitu : Korpus (badan), yaitu bagian yang membesar, kedua adalah areola, yaitu bagian yang kehitaman di tengah dan yang ketiga adalah papill (putting) yaitu bagian yang menonjol di puncak payudara.²⁴

Laktasi atau menyusui mempunyai dua pengertian, yaitu produksi dan pengeluaran ASI. Dengan terbentuknya hormone estrogen dan progesterone yang berfungsi untuk maturasi alveoli. Sedangkan hormone prolactin adalah hormone yang berfungsi untuk produksi ASI. Dua refleks pada ibu yang sangat penting dalam proses laktasi, refleks prolactin dan refleks aliran timbul akibat pernagsangan putting susu oleh hisapan bayi.

a) Refleks Prolaktin

Dalam putting susu terdapat banyak ujung saraf sensorik. Bila dirangsang, timbul impuls yang menuju hipotalamus selanjutnya ke kelenjar hipofisis bagian depan sehingga kelenjar ini mengeluarkan hormone prolactin. Hormone inilah yang berperan dalam peroduksi ASI di tingkat alveoli.

b) Refleks aliran (*Let Down Reflex*)

Rangsang putting susu tidak hanya diteruskan sampai ke kelenjar hipofisis depan, tetapi juga ke kelenjar hipofisis bagian belakang, yang mengeluarkan hormone oksitosin. Hormone ini berfungsi memacu kontraksi otot polos yang ada di dinding alveolus dan didinding saluran, sehingga ASI di pompa keluar.

Sebaiknya menyusui bayi tanpa dijadwal (*on demand*),

karena bayi akan menentukan sendiri kebutuhannya. Ibu harus menyusui bayinya jika bayi menangis tanpa sebab lain. Payudara dapat dikosongkan bayi yang sehat dalam waktu sekitar 5-7 menit, sedangkan dalam 2 jam ASI dilambung akan kosong. Proses menyusui kadang mengalami kegagalan yang sering disebabkan karena timbulnya berbagai masalah, baik masalah dari ibu maupun bayi. Salah satu faktor dari ibu yaitu cara menyusui yang kurang benar. Cara menyusui yang kurang benar dapat menyebabkan puting susu lecet dan ASI tidak keluar optimal. Hal ini dapat menimbulkan gangguan dalam proses laktasi sehingga pemberian ASI tidak adekuat, pemberian ASI yang tidak adekuat dapat mengakibatkan payudara bengkak (breast engorgement) karena sisa ASI pada duktus. Statis pada pembuluh darah akan mengakibatkan meningkatnya tekanan intraduktal yang akan mempengaruhi segmen pada payudara sehingga tekanan seluruh payudara meningkat akibatnya payudara sering terasa penuh, tegang serta terasa nyeri ²⁵

Teknik menyusui yang benar ialah bayi menghisap secara naluriah akan tetapi pada awalnya mungkin dia mengalami kesulitan menemukan puting ibunya. Cara menolong yang paling mudah adalah dengan menempelkan pipinya ke payudara. Kemudian masukkan puting ke mulut bayi. Pastikan bayi menghisap seluruh area gelap dari payudara (areola) dan bukan hanya putingnya saja. Ibu dapat aliran air susu dengan cara menekan-nekan areola. Menghentikan hisapan, masukkan sebuah jari disudut mulutnya atau dorong dagunya ke bawah perlahan-lahan dengan ibu jari dan jari telunjuk. Biasanya bayi berhenti menghisap lalu melepaskan puting setelah merasa kenyang ²⁵

Puting susu lecet disarankan kepada ibu untuk tetap menyusui pada puting susu yang normal/ yang lecetnya lebih

sedikit. Untuk menghindari tekanan luka pada puting, maka posisi menyusui harus sering diubah. Untuk puting susu yang sakit dianjurkan mengurangi frekuensi dan lamanya menyusui. Mengolesi puting susu yang lecet setiap habis menyusui memakai ASI, kemudian diangin-anginkan sebentar agar kering dengan sendirinya, karena ASI berfungsi sebagai pelembut puting sekaligus sebagai anti infeksi. Membersihkan puting susu tidak menggunakan sabun/ alkohol atau zat iritan lainnya. Ibu juga dapat mengoleskan minyak kelapa yang sudah dimasak terlebih dahulu pada puting yang lecet. Menyarankan ibu untuk menyusui lebih sering (8-12 kali dalam sehari), sehingga payudara tidak sampai terlalu penuh dan bayi tidak terlalu lapar akan menyusu tidak terlalu rakus.

4) Nyeri perineum

Beberapa tindakan dapat mengurangi ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi atau luka episiotomi dan jahitan laserasi atau episiotomi tersebut. Sebelum tindakan dilakukan, penting untuk memeriksa perineum untuk menyingkirkan komplikasi seperti hematoma. Pemeriksaan ini juga mengindikasikan tindakan lanjutan apa yang mungkin paling efektif.

Terdapat beberapa cara untuk mengatasi nyeri perineum, kompres kantong es bermanfaat untuk mengurangi pembengkakan dan membuat perineum nyaman pada periode segera setelah melahirkan. Manfaat optimal dicapai dengan kompres dingin selama 30 menit. Anestesi topikal sesuai kebutuhan, contoh dari anestesi ini adalah sprai Dermoplast, salep Nupercaine, salep nulpacaine. Salep dioleskan selama beberapa hari postpartum selama periode penyembuhan akut baik karena jahitan atau jika ada hemoroid. Rendam duduk dua sampai tiga kali sehari dengan menggunakan air dingin. Nyeri

postpartum hilang dengan penggunaan rendam duduk dingin termasuk penurunan respon pada ujung saraf dan juga fase konstiksi lokal, yang mengurangi pembengkakan dan spasme otot. Kompres witch hazel dapat mengurangi edema dan merupakan analgesik. Latihan Kegel bertujuan menghilangkan ketidaknyamanan dan nyeri yang dialami wanita ketika duduk atau hendak berbaring dan bangun dari tempat tidur. Latihan Kegel akan meningkatkan sirkulasi ke area perineum sehingga meningkatkan penyembuhan. Latihan ini juga dapat mengembalikan tonus otot panggul. Tindakan ini merupakan salah satu tindakan yang paling bermanfaat dan seringkali menghasilkan akibat yang dramatis dalam memfasilitasi kemudahan pergerakan dan membuat wanita lebih nyaman. Pada wanita yang mendapat episiotomi, latihan Kegel ini dapat memberi efek berlawanan sehingga dapat mengakibatkan nyeri.²³

5) Konstipasi

Konstipasi adalah pergerakan feses yang lambat melewati usus besar dihubungkan dengan banyaknya jumlah feses yang kering dan keras yang terkumpul pada colon descenden yang disebabkan oleh absorpsi cairan yang berlebihan. Konstipasi post partum dengan gejala seperti rasa sakit atau rasa ketidaknyamanan, tegang, dan feses keras adalah kondisi umum yang mempengaruhi kejadian hemoroid dan nyeri di daerah episiotomi. Hal ini akibat pengaruh hormon kehamilan dan penggunaan zat besi sebagai suplemen sehingga dapat meningkatkan resiko konstipasi pada ibu post partum.²⁶

Rasa takut dapat menghambat fungsi bowel jika wanita takut bahwa hal tersebut dapat merobek jahitan atau akibat nyeri yang disebabkan oleh ingatannya tentang tekanan bowel pada saat persalinan. Konstipasi lebih lanjut mungkin diperberat

dengan longgarnya abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum derajat tiga atau empat.²³

Masalah kontipasi dapat dikurangi dengan mengonsumsi makanan tinggi serat dan tambahan asupan cairan. Penggunaan laksatif pada wanita yang mengalami laserasi derajat tiga atau empat dapat membantu mencegah wanita mengejan. Namun asuhan sebelum pemberian laksatif, ambulasi dini dapat dilakukan sebelum intervensi tersebut antara lain pelvic floor muscle training (PFMT).²⁷

Pelvic Floor Muscle Training (PFMT) merupakan latihan otot dasar panggul yang dianggap mampu menstimulus pemulihan organ urogenitalia kepada fungsi fisiologisnya pada ibu post partum. PFMT ini merupakan latihan yang ringan Pelvic Floor Muscle Training dapat dilakukan ditempat tidur, sambil berdiri, duduk maupun berbaring, dengan posisi yang nyaman dan rileks. Latihan ini seperti; Ibu seolah-olah menghentikan aliran buang air kecil selama 5 detik, kemudian rileks, dengan merelaksasikan otot sfingter, kemudian seolah-olah mengeluarkan urine kembali selama 10 detik, latihan ini ulangi sekali lagi untuk 1 (satu) sesi latihan. Latihan dilakukan sebanyak 15 sesi dan 3 (tiga) kali sehari, selama 10-15 menit²⁷

Pelvic floor muscle training merupakan gerakan yang memberikan rangsangan pada serat saraf otot polos, sehingga terjadi metabolisme pada mitokondria, yang menghasilkan adeno tripospat (ATP). Energi yang dihasilkan, meningkatkan kontraksi otot dasar panggul dan rektum, sehingga dapat mengatasi gangguan defekasi pada ibu postpartum. PFMT dapat dilakukan untuk mencegah dan mengobati gangguan pada defekasi pada persalinan spontan. Secara fisiologis rektum yang mengalami penekanan selama akhir kehamilan dan persalinan akan membuat kontraksi peristaltik, refleks defekasi terganggu,

dengan latihan ini dapat menstimulus rangsangan untuk defekasi secara cepat.

Makanan yang memiliki kandungan serat tinggi dapat membantu proses percepatan defekasi namun jumlah serat dan jenis serat juga sangat berperan. Serat dapat mencegah dan mengurangi konstipasi karena dapat menyerap air ketika melewati saluran pencernaan sehingga meningkatkan ukuran feses, namun jika asupan air kurang, serat akan menyebabkan konstipasi dan menyebabkan gangguan pada usus besar. Ibu nifas memerlukan asupan cairan >2 liter perhari. Air merupakan komponen utama dalam tubuh manusia. Sekitar 80% dari kebutuhan individu merupakan kontribusi cairan termasuk air, dan sisanya diperoleh dari makanan. Kebutuhan cairan setiap individu dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti usia, jenis kelamin, tingkat aktivitas, faktor lingkungan, dan status gizi. Salah satu fungsi air sebagai penghancur makanan Pmenunjukkan konstipasi terjadi pada ibu pasca melahirkan sebanyak 54,5%.²⁸

Penelitian Muawanah tahun 2016, tidak ada hubungan asupan serat, cairan dengan kejadian konstipasi pada ibu pasca melahirkan. Asupan serat bagi ibu pasca melahirkan masih jauh dari angka kecukupan yang dianjurkan. Selain asupan serat dan asupan cairan masih banyak faktor yang berpengaruh terhadap kejadian konstipasi seperti hormon, perubahan anatomi dan asupan zat gizi. Hal ini bisa disebabkan karena pada wanita 3 bulan pasca melahirkan masih terjadi peningkatan kadar hormon progesteron yang dapat menyebabkan sistem pencernaan melambat sehingga dapat menimbulkan konstipasi. Dengan mengonsumsi makanan berserat dan minum yang cukup serta aktifitas secara teratur akan membantu mencegah konstipasi.²⁸

6) Hemoroid

Jika wanita mengalami hemoroid, mungkin mereka sangat merasakan nyeri selama beberapa hari. Hemoroid yang terjadi selama masa kehamilan dapat menimbulkan traumatis dan menjadi lebih edema selama kala dua persalinan. Untuk mengurangi masalah ini dapat dilakukan dengan cara kantong es dan rendam duduk es.²³

e. Tanda Bahaya pada Masa Nifas

Tanda bahaya masa nifas adalah suatu tanda abnormal yang mengindikasikan adanya bahaya atau komplikasi yang dapat terjadi selama masa nifas, apabila tidak dilaporkan atau tidak terdeteksi bisa menyebabkan kematian ibu. Konseling mengenai tanda-tanda bahaya masa nifas sangat penting dan perlu, karena masih banyak ibu atau wanita yang sedang hamil atau pada masa nifas belum mengetahui tentang tanda-tanda bahaya masa nifas, baik yang diakibatkan masuknya kuman ke dalam alat kandungan seperti eksogen (kuman datang dari luar), autogen (kuman masuk dari tempat lain dalam tubuh) dan endogen (dari jalan lahir sendiri)²⁴

Asuhan pada masa nifas sangat diperlukan dalam periode ini karena masa nifas merupakan masa kritis untuk ibu dan bayinya. Tenaga kesehatan paling sedikit melaksanakan 4 kali kunjungan pada masa nifas. Tujuan kunjungan ini diantaranya yaitu untuk menilai status ibu dan bayinya, melaksanakan screening yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu dan bayi. Sehingga diharapkan dengan adanya kunjungan pada ibu nifas, komplikasi yang terjadi pada masa nifas dapat dicegah.²⁹

f. Kebutuhan Dasar Masa Nifas

1) Ambulasi Dini

Ambulasi dini adalah kebijaksanaan agar secepat mungkin bidan membimbing ibu post partum bangun dari tempat tidurnya dan membimbing ibu secepat mungkin untuk berjalan. Keuntungan

early ambulation adalah:²¹

- a) Ibu merasa lebih sehat dan kuat dengan early ambulation.
- b) Faal dan kandung kemih lebih baik.
- c) Early ambulation memungkinkan kita mengajarkan ibu cara merawat anaknya selama ibu masih di rumah sakit. Misalnya memandikan, mengganti pakaian dan memberi makan.
- d) Lebih sesuai dengan keadaan Indonesia (sosial early ambulation ekonomis), menurut penelitian-penelitian yang seksama, tidak mempunyai pengaruh yang buruk, tidak menyebabkan pendarahan yang abnormal, tidak mempengaruhi penyembuhan luka episotomy atau luka di perut, serta tidak memperbesar kemungkinan prolapsus. Early ambulation tentunya tidak dibenarkan pada ibu post partum dengan penyulit, misalnya anemia, penyakit jantung, penyakit paru-paru, demam, dan sebagainya.

2) Nutrisi

Pada masa nifas masalah nutrisi perlu mendapat perhatian yang serius, karena dengan nutrisi yang baik dapat mempercepat penyembuhan ibu dan sangat mempengaruhi pada proses menyusuan. Nutrisi yang diberikan harus begizi seimbang, cukup kalori, tinggi protein dan banyak mengandung cairan. Ibu yang menyusui harus memenuhi kebutuhan gizi sebagai berikut:^{21,30,31}

- a) Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari menjadi $\pm$ 2700 – 3000 kalori.
- b) Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup.
- c) Minum sedikitnya 3 liter air tiap hari.
- d) Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi, setidaknya selama 40 hari pasca persalinan.

- e) Minum kapsul vitamin A 200.000 unit agar dapat memberikan vitamin A kepada bayi melalui ASI.

3) Personal Hygiene

Pada masa nifas, seorang ibu sangat rentan terhadap penyakit infeksi. Oleh karena itu kebersihan diri sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi. Kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur dan lingkungan sangat penting untuk menjaga kebersihan dari ibu nifas adalah :²¹

- a) Anjurkan kebersihan seluruh tubuh, terutama Perineum.
 - b) Mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Pastikan bahwa ibu mengerti untuk membersihkan daerah disekitar vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang, kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Anjurkan ibu untuk membersihkan vulva setiap kali setelah BAB atau BAK.
 - c) Sarankan ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya 2 kali sehari. Kain dapat digunakan ulang jika telah dicuci dengan baik dan dikeringkan di bawah matahari dan disetrika.
 - d) Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya.
 - e) Jika ibu mempunyai luka episiotomy atau laserasi, sarankan kepada ibu untuk menghindari menyentuh daerah tersebut.
- e) Istirahat dan tidur
- Hal yang bisa dilakukan pada ibu untuk memenuhi kebutuhan istirahat dan tidur adalah :²¹
- a) Anjurkan ibu agar istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan.
 - b) Sarankan ibu untuk kembali pada kegiatan-kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan, serta untuk tidur siang atau beristirahat selagi bayi tidur.

Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal, yaitu : mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak pendarahan, dan menyebabkan depresi serta ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.

f) Eliminasi

Ibu diminta untuk buang air kecil (BAK) 6 jam post partum, jika dalam 8 jam post partum belum dapat berkemih atau sekali berkemih belum melebihi 100 cc, maka dilakukan kateterisasi. Akan tetapi, kalau ternyata kandung kemih penuh, tidak perlu 8 jam untuk kateterisasi.

Ibu post partum diharapkan dapat buang air besar (BAB) setelah hari kedua post partum. Jika hari ketiga belum juga BAB, maka perlu diberi obat pencabar per oral atau per rectal. Jika setelah pemberian obat pencabar masih belum bisa BAB, maka dilakukan klisma (huknah).^{20,21}

7) Perawatan Payudara

Menjaga payudara tetap bersih dan kering serta menggunakan BH yang menyokong payudara, jika puting susu lecet oleskan colostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap kali selesai menyusui dan tetap menyusukan pada puting susu yang lecet, apabila lecet sangat berat istirahatkan selama 24 jam dan untuk menghindari nyeri dapat minum paracetamol 1 kaplet setiap 4–6 jam.²²

8) Aktivitas Seksual

Aktivitas seksual yang dapat dilakukan oleh ibu masa nifas harus memenuhi syarat sebagai berikut :

- a) Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu dua jari ke dalam vagina tanpa rasa nyeri, maka ibu aman

untuk memulai melakukan hubungan suami istri kapanpun ibu siap.

- b) Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah persalinan. Keputusan ini bergantung pada pasangan yang bersangkutan.

g. Asuhan Kebidanan Masa Nifas

Asuhan ibu masa nifas adalah asuhan yang diberikan kepada ibu segera setelah kelahiran sampai 6 minggu setelah kelahiran. Tujuan dari asuhan masa nifas adalah untuk memberikan asuhan yang adekuat dan terstandar pada ibu segera setelah melahirkan dengan memperhatikan riwayat selama kehamilan, dalam persalinan dan keadaan segera setelah melahirkan. Adapun hasil yang diharapkan adalah terlaksananya asuhan segera atau rutin pada ibu post partum termasuk melakukan pengkajian, membuat diagnosa, mengidentifikasi masalah dan kebutuhan ibu, mengidentifikasi diagnosa dan masalah potensial, tindakan segera serta merencanakan asuhan. Adapun jadwal kunjungan pada masa nifas adalah sebagai berikut :²¹

1) Kunjungan I (6-8 jam setelah persalinan)

- a) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
- b) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut.
- c) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
- d) Pemberian ASI awal.
- e) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir
- f) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi

2) Kunjungan II (6 hari setelah persalinan)

- a) Memastikan involusi uterus berjalan normal : uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau
 - b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal
 - c) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat
 - d) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit
 - e) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan perawatan bayi sehari-hari
- 3) Kunjungam III (2 minggu setelah persalinan)
- a) Memastikan involusi uterus berjalan normal : uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau
 - b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal
 - c) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan, dan istirahat
 - d) Memastikan ibu menyusui dengan baik, dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit
 - e) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan perawatan bayi sehari-hari
- 4) Kunjungan IV (6 minggu pasca postpartum)
- a) Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia alami atau bayinya
 - b) Memberikan konseling KB secara dini
 - c) Mengajukan/mengajak ibu membawa bayinya ke posyandu atau puskesmas untuk penimbangan dan imunisasi

5. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir (BBL)

a. Pengertian

Bayi baru lahir disebut juga dengan neonatus yaitu bayi yang baru saja mengalami proses kelahiran, berusia 0 – 28 hari. BBL memerlukan penyesuaian fisiologis berupa maturasi, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin) dan toleransi bagi BBL untuk dapat hidup dengan baik.³²

Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang berusia 0-28 hari. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat badan lahir 2500 gram sampai dengan 4000 gram.¹²

b. Ciri-Ciri

Bayi baru lahir normal mempunyai ciri-ciri berat badan lahir 2500-4000 gram, umur kehamilan 37-40 minggu, bayi segera menangis, bergerak aktif, kulit kemerahan, menghisap ASI dengan baik, dan tidak ada cacat bawaan.³³

Bayi baru lahir normal memiliki panjang badan 48-52 cm, lingkar dada 30-38 cm, lingkar lengan 11-12 cm, frekuensi denyut jantung 120-160 x/menit, pernapasan 40-60 x/menit, lanugo tidak terlihat dan rambut kepala tumbuh sempurna, kuku agak panjang dan lemas, nilai APGAR >7, refleks-refleks sudah terbentuk dengan baik (rooting, sucking, morro, grasping), organ genitalia pada bayi laki-laki testis sudah berada pada skrotum dan penis berlubang, pada bayi perempuan vagina dan uretra berlubang serta adanya labia minora dan mayora, mekonium sudah keluar dalam 24 jam pertama berwarna hitam kecoklatan.³³

c. Klasifikasi Neonatus

Bayi baru lahir atau neonatus di bagi dalam beberapa kasifikasi, yaitu :

1) Neonatus menurut masa gestasinya :

- a) Kurang bulan (preterm infant) : < 259 hari (37 minggu)
 - b) Cukup bulan (aterm infant) : 259-294 hari (37-42 minggu)
 - c) Lebih bulan (postterm infant) : >294 hari (42 minggu/lebih)
- 2) Neonatus menurut berat badan lahir :
- a) Berat lahir rendah : < 2500 gram
 - b) Berat lahir cukup : 2500-4000 gram
 - c) Berat lahir lebih : > 4000 gram
- 3) Neonatus menurut berat lahir terhadap masa gestasi (masa gestasi dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilan) :
- a) Neonatus cukup/kurang/lebih bulan (NCB/NKB/NLB)
 - b) Sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan (SMK/KMK/BMK)
- d. Penatalaksanaan Bayi Baru Lahir Normal

Semua bayi diperiksa segera setelah lahir untuk mengetahui apakah transisi dari kehidupan intrauterine ke ekstrauterine berjalan dengan lancar dan tidak ada kelainan. Pemeriksaan medis komprehensif dilakukan dalam 24 jam pertama kehidupan. Pemeriksaan rutin pada bayi baru lahir harus dilakukan, tujuannya untuk mendeteksi kelainan atau anomali kongenital yang muncul pada setiap kelahiran dalam 10-20 per 1000 kelahiran, pengelolaan lebih lanjut dari setiap kelainan yang terdeteksi pada saat antenatal, mempertimbangkan masalah potensial terkait riwayat kehamilan ibu dan kelainan yang diturunkan, dan memberikan promosi kesehatan, terutama pencegahan terhadap sudden infant death syndrome (SIDS).

Tujuan utama perawatan bayi segera sesudah lahir adalah untuk membersihkan jalan napas, memotong dan merawat tali pusat, mempertahankan suhu tubuh bayi, identifikasi, dan pencegahan infeksi. Asuhan bayi baru lahir meliputi :

- 1) Penilaian Awal untuk Memutuskan Resusitasi pada Bayi

Untuk menilai apakah bayi mengalami asfiksia atau tidak dilakukan penilaian sepiantas setelah seluruh tubuh bayi lahir dengan tiga pertanyaan :

- a) Apakah kehamilan cukup bulan?
- b) Apakah bayi menangis atau bernapas/tidak megap-megap?
- c) Apakah tonus otot bayi baik/bayi bergerak aktif?

Jika ada jawaban “tidak” kemungkinan bayi mengalami asfiksia sehingga harus segera dilakukan resusitasi. Penghisapan lendir pada jalan napas bayi tidak dilakukan secara rutin.

2) Pemotongan dan Pengikatan Tali Pusat

Setelah penilaian sepiantas dan tidak ada tanda asfiksia pada bayi, dilakukan manajemen bayi baru lahir normal dengan mengeringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks, kemudian bayi diletakkan di atas dada atau perut ibu. Setelah pemberian oksitosin pada ibu, lakukan pemotongan tali pusat dengan satu tangan melindungi perut bayi.

Perawatan tali pusat adalah dengan tidak membungkus tali pusat atau mengoleskan cairan/bahan apa pun pada tali pusat. Perawatan rutin untuk tali pusat adalah selalu cuci tangan sebelum memegangnya, menjaga tali pusat tetap kering dan terpapar udara, membersihkan dengan air, menghindari dengan alkohol karena menghambat pelepasan tali pusat, dan melipat popok di bawah umbilicus.³⁴

3) Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Setelah bayi lahir dan tali pusat dipotong, segera letakkan bayi tengkurap di dada ibu, kulit bayi kontak dengan kulit ibu untuk melaksanakan proses IMD selama 1 jam. Biarkan bayi mencari, menemukan puting, dan mulai menyusui. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan IMD dalam waktu 60-90 menit, menyusui pertama biasanya berlangsung pada menit ke

45-60 dan berlangsung selama 10-20 menit dan bayi cukup menyusu dari satu payudara.³⁵

Jika bayi belum menemukan puting ibu dalam waktu 1 jam, posisikan bayi lebih dekat dengan puting ibu dan biarkan kontak kulit dengan kulit selama 30-60 menit berikutnya. Jika bayi masih belum melakukan IMD dalam waktu 2 jam, lanjutkan asuhan perawatan neonatal esensial lainnya (menimbang, mengukur lingkar kepala, lingkar dada, panjang badan, pemberian vitamin K, salep mata, serta pemberian gelang pengenalan) kemudian dikembalikan lagi kepada ibu untuk belajar menyusu.³⁵

4) Mempertahankan Suhu Tubuh Bayi

Mekanisme pengaturan temperatur bayi belum berfungsi sempurna. Oleh karena itu, jika tidak dilakukan pencegahan kehilangan panas maka bayi akan mengalami hipotermia. Hipotermia dapat terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dan diselimuti walaupun berada dalam ruangan yang hangat. Pencegahan kehilangan panas melalui tunda mandi selama 6 jam, kontak kulit bayi dan ibu serta menyelimuti kepala dan tubuh bayi.

5) Pemberian Salep Mata/Tetes Mata

Pemberian salep atau tetes mata diberikan untuk pencegahan infeksi mata. Beri bayi salep atau tetes mata antibiotika profilaksis (tetrasiklin 1%, oxytetrasiklin 1% atau antibiotika lain). Pemberian salep atau tetes mata harus tepat 1 jam setelah kelahiran. Upaya pencegahan infeksi mata tidak efektif jika diberikan lebih dari 1 jam setelah kelahiran.

6) Pencegahan Perdarahan Melalui Penyuntikan Vitamin K1 Dosis Tunggal di Paha Kiri

Semua bayi baru lahir harus diberi penyuntikan vitamin K1 (Phytomenadione) 1 mg intramuskuler di paha kiri, untuk

mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir.

7) Pemberian Imunisasi Hepatitis B (HB 0) Dosis Tunggal di Paha Kanan

Imunisasi Hepatitis B diberikan 1-2 jam di paha kanan setelah penyuntikan vitamin K1 yang bertujuan untuk mencegah penularan Hepatitis B melalui jalur ibu ke bayi yang dapat menimbulkan kerusakan hati.

8) Pemeriksaan Bayi Baru Lahir (BBL)

Pemeriksaan BBL bertujuan untuk mengetahui sedini mungkin kelainan pada bayi. Bayi yang lahir di fasilitas kesehatan dianjurkan tetap berada di fasilitas tersebut selama 24 jam karena risiko terbesar kematian BBL terjadi pada 24 jam pertama kehidupan. Saat kunjungan tindak lanjut (KN) yaitu 1 kali pada umur 1-3 hari, 1 kali pada umur 4-7 hari dan 1 kali pada umur 8-28 hari.

9) Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) adalah skrining yang dilakukan pada bayi baru lahir untuk memilah bayi yang menderita Hipotiroid Kongenital (HK) dan bayi yang bukan penderita. Bayi baru lahir yang bisa diperiksa ialah yang berusia 2-14 hari. Tujuan dilaksanakannya skrining ini adalah untuk mendeteksi kelainan hormon tiroid yang menjadi salah satu resiko timbulnya gangguan fisik dan mental dalam masa tumbuh kembang anak. Darah yang diambil ialah sebanyak 2-3 tetes dari tumit bayi kemudian diperiksa di laboratorium. Apabila hasilnya positif, bayi harus segera diobati sebelum usianya 1 bulan agar terhindar dari kecacatan, gangguan tumbuh kembang, keterbelakangan mental dan kognitif.

6. Konsep Dasar Keluarga Berencana (KB)

a. Pengertian Keluarga Berencana

Menurut Peraturan Kepala Badan Kependudukan dan

Keluarga Berencana Nasional Nomor 24 Tahun 2017 Keluarga Berencana merupakan tindakan yang membantu individu atau pasangan suami istri untuk mendapatkan objektif-objektif tertentu, menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan, mengontrol waktu saat kehamilan dalam hubungan dengan suami istri dan menentukan jumlah anak dalam keluarga. KB merupakan salah satu usaha untuk mencapai kesejahteraan dengan menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapat kelahiran yang memang diinginkan, mengatur interval diantara kelahiran. Sedangkan menurut KBBI, Keluarga berencana adalah gerakan untuk membentuk keluarga yang sehat dan sejahtera dengan membatasi kelahiran. Keluarga berencana adalah tindakan yang membantu pasangan suami istri untuk mencegah kehamilan, penundaan usia kehamilan serta menjarangkan kehamilan. Menurut WHO Expert Commite keluarga berencana adalah tindakan yang membantu individu atau pasangan suami istri untuk:^{36,37}

- 1) Mendapatkan objek-objek tertentu.
- 2) Menghindari kelahiran yang tidak diinginkan.
- 3) Mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan.
- 4) Mengatur interval di antara kelahiran.
- 5) Mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan umur suami istri.
- 6) Menentukan jumlah anak dalam keluarga

b. Tujuan

Tujuan dari keluarga berencana adalah untuk meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga yang bahagia dan sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pengendalian pertumbuhan penduduk Indonesia. KB juga diharapkan dapat menghasilkan penduduk yang berkualitas, sumber daya manusia yang bermutu dan meningkatkan kesejahteraan keluarga.³⁶

c. Manfaat Keluarga Berencana (KB)

Manfaat Keluarga Berencana (KB) adalah :

- 1) Perbaiki kesehatan badan karena tercegahnya kehamilan yang berulang kali dalam jangka waktu yang terlalu pendek.
- 2) Adanya waktu yang cukup untuk mengasuh anak-anak, untuk istirahat, dan menikmati waktu luang, serta melakukan kegiatan-kegiatan lain.

d. Kebutuhan Pada Calon Akseptor KB

1) Konseling

Konseling adalah suatu proses pemberian informasi objektif dan lengkap, dilakukan secara sistematis dengan panduan sistematis interpersonal, teknik bimbingan dan penguasaan pengetahuan klinik yang bertujuan untuk membantu seseorang mengenali kondisinya saat ini, masalah yang sedang dihadapinya dan menentukan jalan keluar atau upaya dalam mengatasi masalah tersebut. Proses konseling yang benar, objektif dan lengkap akan meningkatkan kepuasan, kelangsungan dan keberhasilan penggunaan berbagai metode kontrasepsi.³⁸

Dalam memberikan konseling, khususnya bagi calon akseptor Keluarga Berencana (KB) yang baru, hendaknya dapat diterapkan enam langkah yang sudah dikenal dengan kata kunci SATU TUJU. Penerapan SATU TUJU tersebut tidak perlu dilakukan secara berurutan karena petugas harus menyesuaikan diri dengan kebutuhan klien. Kata kunci SATU TUJU adalah sebagai berikut:

b) SA : SApa dan Salam kepada klien secara terbuka dan sopan.

Berikan perhatian sepenuhnya kepada mereka dan berbicara di tempat yang nyaman serta terjamin privasinya. Yakinkan klien untuk membangun rasa percaya diri. Tanyakan kepada klien apa yang perlu dibantu serta jelaskan pelayanan apa yang dapat dipeolehnya.

- c) T : Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya
Bantu klien untuk berbicara mengenai pengalaman Keluarga Berencana (KB) dan Kesehatan Reproduksi (KR), tujuan, kepentingan, harapan, serta keadaan kesehatan dan kehidupan keluarganya. Tanyakan kontrasepsi yang diinginkan oleh klien. Berikan perhatian kepada klien apa yang disampaikan klien sesuai dengan kata-kata, gerak isyarat dan caranya. Coba
tempatkan diri kita di dalam hati klien. Perhatikan bahwa kita memahami. Dengan memahami pengetahuan, kebutuhan dan keinginan klien, kita dapat membantunya.
- d) U : Uraikan kepada klien mengenai pilihannya dan beritahu apa pilihan reproduksi yang paling mungkin, termasuk pilihan beberapa kontrasepsi. Bantulah klien pada jenis kontrasepsi yang paling diinginkan, serta jelaskan pula jenis-jenis kontrasepsi lain yang ada. Uraikan juga mengenai risiko penularan Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immune Deficiency Syndrome (HIV/AIDS) dan pilihan metode ganda.
- d) TU: Bantulah klien menentukan pilihannya.
Bantulah klien berpikir mengenai apa yang paling sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.
- e) J: Jelaskan secara lengkap kepada klien bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya. Setelah klien memilih jenis kontrasepsi, jika diperlukan perlihatkan alat kontrasepsinya.
- f) U: Perlunya kunjungan Ulang.
Diskusikan dan buat kontrak dengan klien untuk melakukan pemeriksaan lanjutan atau permintaan kontrasepsi apabila dibutuhkan.

e. Penapisan Klien

Tujuan utama panapisan klien sebelum pemberian suatu metode kontrasepsi, untuk menentukan apakah ada:

1) Kehamilan

a) Klien tidak hamil apabila :

- (1) Tidak senggama sejak haid terakhir
- (2) Sedang memakai metode efektif secara baik dan benar
- (3) Sekarang didalam 7 hari pertama haid terakhir
- (4) Di dalam 4 minggu pasca persalinan
- (5) Dalam 7 hari pasca keguguran
- (6) Menyusui dan tidak haid

s) Keadaan yang membutuhkan perhatian khusus

t) Masalah (misalnya : diabetes, tekanan darah tinggi) yang membutuhkan pengamatan dan pengelolaan lebih lanjut.

u) Apabila klien menyusui dan kurang dari 6 minggu pasca persalinan maka pil kombinasi adalah metode pilihan terakhir.

v) Tidak cocok untuk pil progestin (minipil), suntikan Depo medroxy progesterone asetat (DMPA) atau Norethindrone enanthate (NET-EN) atau susuk

w) Tidak cocok untuk suntikan progestin (DMPA atau NET-EN).

b) Macam – macam alat kontrasepsi

1) Metode Amenorea Laktasi

Metode amenorea laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apapun lainnya. MAL dapat dipakai sebagai kontrasepsi bila menyusui secara penuh (*full breast feeding*); lebih efektif bila pemberian ≥ 8 x sehari, belum haid dan umur bayi kurang dari 6 bulan. Efektif sampai 6 bulan, dan harus

dilanjutkan dengan pemakaian metode kontrasepsi lainnya. Cara kerjanya yaitu penundaan atau penekanan ovulasi.

2) Metode Keluarga Berencana Alamiah (KBA)

Metode kontrasepsi alamiah merupakan metode untuk mengatur kehamilan secara alamiah, tanpa menggunakan alat apapun. Metode ini dilakukan dengan menentukan periode/masa subur yang biasanya terjadi sekitar 14 hari sebelum menstruasi sebelumnya, memperhitungkan masa hidup sperma dalam vagina (48-72 jam), masa hidup ovum (12-24 jam), dan menghindari senggama selama kurang lebih 7-18 hari termasuk masa subur dari setiap siklus.

a) Metode Kalender (Ogino-Knaus)/ Pantang Berkala

Pantang berkala atau lebih dikenal dengan system kalender merupakan salah satu cara/metode kontrasepsi sederhana yang dapat dikerjakan sendiri oleh pasangan suami isteri dengan tidak melakukan senggama pada masa subur. Metode ini lebih efektif bila dilakukan secara baik dan benar. Dengan penggunaan system kalender setiap pasangan dimungkinkan dapat merencanakan setiap kehamilannya.

Metode kalender memerlukan ketekunan ibu untuk mencatat waktu menstruasinya selama 6-12 bulan agar waktu ovulasi dapat ditentukan. Perhitungan masa subur didasarkan pada ovulasi (umumnya terjadi pada hari ke 14+2 hari sebelum menstruasi berikutnya), masa hidup ovum (24 jam), dan masa hidup spermatozoa (2-3 hari). Angka kegagalan metode ini sebesar 14,4-47 kehamilan pada setiap wanita 100 wanita per tahun.

b) Metode Suhu Badan Basal

Metode kontrasepsi ini dilakukan berdasarkan pada perubahan suhu tubuh. Pengukuran dilakukan dengan pengukuran suhu basal (pengukuran suhu yang dilakukan

ketika bangun tidur sebelum beranjak dari tempat tidur). Tujuan pengukuran ini adalah mengetahui masa ovulasi. Waktu pengukuran harus dilakukan pada saat yang sama setiap pagi dan setelah tidur nyenyak $\pm 3-5$ jam serta dalam keadaan istirahat. Pengukuran dapat dilakukan per oral (3 menit), per rectal (1 menit) dan per vagina. Suhu tubuh basal dapat meningkat sebesar $0,2-0,50^{\circ}\text{C}$ ketika ovulasi. Peningkatan suhu basal dimulai 1-2 hari setelah ovulasi disebabkan peningkatan hormon progesteron. Metode ini memiliki angka kegagalan sebesar 0,3-6,6 per 100 wanita pertahun. Kerugian utama metode suhu basal ini adalah abstinensia (menahan diri tidak melakukan senggama) sudah harus dilakukan pada masa praovulasi.

c) Metode Lendir Serviks

Metode kontrasepsi ini dilakukan berdasarkan perubahan siklus lendir serviks yang terjadi karena perubahan kadar estrogen. Pada setiap siklus menstruasi, sel serviks memproduksi 2 macam lendir serviks, yaitu lendir estrogenik (tipe E) lendir jenis ini diproduksi pada fase akhir sebelum ovulasi dan fase ovulasi. Sifat lendir ini banyak, tipis, seperti air (jernih) dan viskositas rendah, elastisitas besar, bila dikeringkan akan membentuk gambaran seperti daun pakis (fernlike patterns, ferning, arborization) sedangkan gestagenik (tipe G) lendir jenis ini diproduksi pada fase awal sebelum ovulasi dan setelah ovulasi. Sifat lendir ini kental, viskositas tinggi dan keruh. Angka kegagalan 0,4-39,7 kehamilan pada 100 wanita per tahun. Kegagalan ini disebabkan pengeluaran lendir yang mulainya terlambat, lendir tidak dirasakan oleh ibu dan kesalahan saat menilai lendir.

d) Senggama terputus

Senggama Terputus (*coitus interruptus*), ialah penarikan penis dari vagina sebelum terjadinya ejakulasi. Hal ini berdasarkan kenyataan, bahwa akan terjadinya ejakulasi disadari sebelumnya oleh sebagian besar laki-laki, dan setelah itu masih ada waktu kira-kira “detik” sebelum ejakulasi terjadi. Waktu yang singkat ini dapat digunakan untuk menarik penis keluar dari vagina. Keuntungan, carai ini tidak membutuhkan biaya, alat-alat ataupun persiapan, tetapi kekurangannya adalah untuk menyukseskan cara ini dibutuhkan pengendalian diri yang besar dari pihak laki-laki.

3) Metode Kontrasepsi Sederhana

a) Kondom

Kondom terbuat dari karet sintetis yang tipis, berbentuk silinder, dengan muaranya berpinggir tebal, yang bila di gulung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti puting susu. Kondom ini tidak hanya mencegah kehamilan, tetapi juga mencegah IMS termasuk HIV/AIDS. Pada umumnya standar ketebalan adalah 0,02 mm. Secara ilmiah didapatkan hanya sedikit angka kegagalan kondom yaitu 2-12 kehamilan per 100 perempuan pertahun.

b) Kontrasepsi Barrier Intra Vagina

(1) Diafragma

Diafragma adalah kap berbentuk bulat cembung, terbuat dari lateks (karet) yang diinsersikan ke dalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutupi serviks. Cara kerja diafragma adalah menahan sperma agar tidak mendapat akses mencapai saluran alat reproduksi bagian atas (uterus dan tuba falopii) dan sebagai alat tempat spermisida.

(2) Kondom Wanita

Kondom wanita sebenarnya merupakan kombinasi antara diafragma dan kondom. Alasan utama dibuatnya kondom wanita karena kondom pria dan diafragma biasa tidak dapat menutupi daerah perineum sehingga masih ada kemungkinan penyebaran mikroorganisme penyebab IMS.

(3) Spermisida

Spermisida adalah suatu zat atau bahan kimia yang dapat mematikan dan menghentikan gerak atau melumpuhkan spermatozoa di dalam vagina, sehingga tidak dapat membuahi sel telur. Spermisida dapat berbentuk tablet vagina, krim dan jelly, aerosol (busa/foam), atau tisu KB. Cukup efektif apabila dipakai dengan kontrasepsi lain seperti kondom dan diafragma. Angka kegagalan 11-31%.

4) Kontrasepsi Hormonal

a) Pil KB

(1) Pil Kombinasi

Pil kombinasi ini dapat diminum setiap hari, efektif dan reversibel, pada bulan-bulan pertama efek samping berupa mual dan perdarahan bercak yang tidak berbahaya dan segera akan hilang, efek samping serius jarang terjadi, dapat dipakai semua ibu usia reproduksi, baik yang sudah mempunyai anak maupun belum, dapat dimulai diminum setiap saat bila yakin sedang tidak hamil, tidak dianjurkan pada ibu yang menyusui dan dapat dipakai sebagai kontrasepsi darurat. Pil kombinasi dibagi menjadi 3 jenis, yaitu pil monofasik yaitu pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin (E/P) dalam dosisi yang sama,

dengan 7 tablet tanpa hormon aktif, sedangkan pil bifasik yaitu pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progesteron (E/P) dengan dua dosisi yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif, dan pil trifasik, yaitu pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progesteron (E/P) dengan tiga dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

(2) Pil Progestin (Mini Pil)

Kontrasepsi minipil ini cocok untuk perempuan menyusui yang ingin memakai pil KB, sangat efektif pada masa laktasi, dosis rendah, tidak menurunkan produksi ASI, tidak memberikan efek samping estrogen, efek samping utama adalah gangguan perdarahan; perdarahan bercak, atau perdarahan tidak teratur, dan dapat dipakai kontrasepsi darurat. Kontrasepsi mini pil dibagi menjadi 2 jenis, yaitu kemasan dengan isi 35 pil 300 µg levonorgestrel atau 350 µg noretindron, dan kemasan dengan isi 28 pil 75µg desogesterel. Kontrasepsi mini pil sangat efektif (98,5%), pada pengguna mini pil jangan sampai ada tablet yang terlupa, tablet digunakan pada jam yang sama (malam hari), dan senggama sebaiknya dilakukan 3-20 jam setelah penggunaan mini pil.

b) Suntik

Suntik KB ada dua jenis yaitu, suntik KB 1 bulan (*cyclofem*) dan suntik KB 3 bulan (DMPA) Efek sampingnya terjadi gangguan haid, depresi, keputihan, jerawat, perubahan berat badan, pemakaian jangka panjang bisa terjadi penurunan libido, dan densitas tulang.

Cara kerjanya mencegah ovulasi, mengentalkan

lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma, menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi dan menghambat transportasi gamet oleh tuba. Kedua kontrasepsi suntik tersebut memiliki efektifitas yang tinggi, dengan 0,3 kehamilan per 100 perempuan per tahun, asal penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan.

c) Implan

Implan adalah alat kontrasepsi yang disusupkan di bawah kulit, biasanya di lengan atas. Cara kerjanya sama dengan pil, implan mengandung levonogestrel. Keuntungan dari metode implan ini antara lain tahan sampai 5 tahun, kesuburan akan kembali segera setelah pengangkatan. Efektifitasnya sangat tinggi, angka kegagalannya 1-3%.

5) Alat Kontrasepsi dalam Rahim (AKDR)

Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) adalah alat kontrasepsi yang dimasukkan ke dalam rahim yang bentuknya bermacam-macam, terdiri dari plastik (*polyethylene*). Ada yang dililit tembaga (Cu), ada pula yang tidak, ada pula yang dililit tembaga bercampur perak (Ag). Selain itu ada pula yang dibatangnya berisi hormon progesteron. Efektifitasnya tinggi, angka kegagalannya 1%.

6) Kontrasepsi Mantab

a) Tubektomi

Tubektomi adalah metode kontrasepsi untuk perempuan yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan tubektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah seorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini. Tubektomi termasuk metode efektif dan tidak menimbulkan efek samping jangka panjang, Jarang sekali tidak ditemukan

efek samping, baik jangka pendek maupun jangka panjang.

b) Vasektomi

Vasektomi adalah metode kontrasepsi untuk lelaki yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan vasektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah seorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini.

7. Konsep Teori Kehamilan Gemelli³⁹

a. Pengertian Kehamilan Gemelli

Kehamilan gemelli atau kehamilan ganda adalah kehamilan dengan dua janin atau lebih di dalam uterus. Kehamilan gemelli merupakan salah satu kehamilan risiko tinggi karena memiliki komplikasi lebih besar dibandingkan kehamilan tunggal baik pada ibu maupun janin. Kehamilan ganda dapat berupa kehamilan kembar dua (twins), triplet, quadruplet, dan seterusnya, namun yang paling sering ditemukan adalah kehamilan kembar dua. Kehamilan gemelli terjadi akibat pembuahan dua ovum oleh dua sperma atau pembelahan satu ovum yang telah dibuahi menjadi dua embrio.

Menurut Cunningham dalam *Williams Obstetrics* (2022), kehamilan gemelli merupakan kondisi obstetri dengan peningkatan risiko morbiditas dan mortalitas maternal maupun perinatal sehingga membutuhkan pemantauan antenatal yang lebih intensif dibandingkan kehamilan tunggal.

b. Klasifikasi Kehamilan Gemelli

Kehamilan gemelli dibedakan menjadi dua berdasarkan proses fertilisasi, yaitu:

1) Gemelli Dizigotik (Fraternal Twins)

Gemelli dizigotik terjadi akibat fertilisasi dua ovum oleh dua sperma yang berbeda. Kehamilan ini memiliki dua plasenta, dua amnion, dan dua korion (diamniotik-dikorionik). Jenis kelamin janin dapat sama atau

berbeda dan secara genetik tidak identik.

2) Gemelli Monozigotik (Identical Twins)

Gemelli monozigotik terjadi akibat pembelahan satu zigot menjadi dua embrio. Jenis ini memiliki genetik identik dan jenis kelamin sama. Berdasarkan waktu pembelahan, gemelli monozigotik dibagi menjadi:

- i. Dikorionik diamniotik
- ii. Monokorionik diamniotik
- iii. Monokorionik monoamniotik

Semakin sedikit selaput pembatas antar janin maka semakin tinggi risiko komplikasi.

c. Etiologi Kehamilan Gemelli

Penyebab pasti kehamilan gemelli belum diketahui secara pasti, namun terdapat beberapa faktor yang memengaruhi terjadinya kehamilan ganda, antara lain:

1. Faktor herediter atau keturunan
2. Usia ibu lebih dari 30 tahun
3. Multiparitas
4. Penggunaan obat penyubur ovulasi
5. Teknologi reproduksi berbantu seperti bayi tabung
6. Ras dan faktor genetik
7. Riwayat kehamilan kembar sebelumnya

d. Tanda dan Gejala Kehamilan Gemelli

Kehamilan gemelli dapat dicurigai melalui beberapa tanda dan gejala, antara lain:

1. Pembesaran uterus lebih cepat dibanding usia kehamilan
2. Tinggi fundus uteri lebih besar dari usia kehamilan
3. Kenaikan berat badan ibu lebih cepat
4. Ibu lebih sering mengeluh sesak napas dan mudah lelah
5. Gerakan janin dirasakan lebih banyak
6. Teraba banyak bagian kecil janin saat palpasi
7. Terdengar dua denyut jantung janin pada lokasi berbeda

8. Diagnosis pasti ditegakkan melalui ultrasonografi (USG)

e. Diagnosis Kehamilan Gemelli

Diagnosis kehamilan gemelli ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang.

1) Anamnesis

Ibu mengeluh perut lebih cepat membesar, cepat lelah, dan gerakan janin lebih banyak.

2) Pemeriksaan Fisik

- i. Tinggi fundus uteri lebih besar dari usia kehamilan
- ii. Palpasi Leopold ditemukan lebih banyak bagian janin
- iii. DJJ terdengar pada dua tempat berbeda dengan selisih minimal 10 denyut/menit

3) Pemeriksaan Penunjang

Ultrasonografi (USG) merupakan pemeriksaan paling akurat untuk menegakkan diagnosis kehamilan gemelli dan menentukan jumlah janin, letak janin, jumlah plasenta, serta kondisi cairan ketuban.

f. Perubahan Fisiologis pada Kehamilan Gemelli

Kehamilan gemelli menyebabkan perubahan fisiologis lebih besar dibanding kehamilan tunggal karena peningkatan kebutuhan metabolisme dan peregangan uterus yang berlebihan. Perubahan tersebut meliputi:

1. Peningkatan volume darah lebih tinggi
2. Kebutuhan zat besi dan asam folat meningkat
3. Peningkatan tekanan pada diafragma sehingga ibu mudah sesak
4. Peregangan uterus berlebihan menyebabkan kontraksi lebih dini
5. Risiko anemia lebih tinggi
6. Kelelahan lebih sering terjadi

g. Komplikasi Kehamilan Gemelli

1) Komplikasi pada Ibu

- a) Anemia
- b) Hipertensi dalam kehamilan dan preeklampsia

- c) Ketuban pecah dini
- d) Persalinan prematur
- e) Perdarahan antepartum dan postpartum
- f) Sectio caesarea
- g) Atonia uteri

2) Komplikasi pada Janin

- a) Prematuritas
- b) Berat badan lahir rendah (BBLR)
- c) Asfiksia neonatorum
- d) Pertumbuhan janin terhambat
- e) Twin to Twin Transfusion Syndrome (TTTS) pada monokorionik
- f) Kematian perinatal

h. Penatalaksanaan Kehamilan Gemelli

1) Antenatal Care Intensif

Ibu hamil gemelli memerlukan pemeriksaan kehamilan lebih sering untuk mendeteksi komplikasi lebih dini.

2) Pemenuhan Nutrisi

Kebutuhan kalori, protein, zat besi, asam folat, dan kalsium meningkat dibanding kehamilan tunggal.

3) Istirahat Cukup

Ibu dianjurkan mengurangi aktivitas berat dan memperbanyak istirahat untuk mencegah persalinan prematur.

4) Pemantauan Pertumbuhan Janin

Pemantauan dilakukan melalui pengukuran TFU dan USG berkala.

5) Persiapan Persalinan di Fasilitas Rujukan

Kehamilan gemelli dianjurkan melahirkan di rumah sakit yang memiliki fasilitas lengkap dan tenaga kesehatan terlatih.

6) Edukasi Tanda Bahaya

Ibu perlu diberikan edukasi mengenai:

- i. Kontraksi sebelum waktunya
- ii. Ketuban pecah dini

iii. Perdarahan

iv. Gerak janin berkurang

Sakit kepala hebat

Pandangan kabur

i. Asuhan Kebidanan pada Kehamilan Gemelli

Asuhan kebidanan pada kehamilan gemelli dilakukan secara komprehensif dan berkesinambungan melalui pendekatan Continuity of Care (CoC), meliputi:

1. Pemantauan kondisi ibu dan janin secara rutin
2. Deteksi dini komplikasi
3. Edukasi nutrisi dan istirahat
4. Persiapan persalinan dan rujukan
5. Dukungan psikologis ibu dan keluarga
6. Asuhan nifas dan neonatus secara optimal

Pendekatan Continuity of Care sangat penting pada kehamilan gemelli karena risiko komplikasi maternal dan neonatal lebih tinggi sehingga membutuhkan pemantauan berkelanjutan sejak masa kehamilan, persalinan, nifas, neonatus, hingga keluarga berencana.